

Cure primarie: un territorio da esplorare

Primo Piano

- A quando un "vaccino per tutti" nei Paesi a Basso Reddito?

Forum

- La formazione del Medico di Medicina Generale

Pillole di Storia

- Quarant'anni di HIV: tra vittorie e sfide aperte

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

- Lezioni americane *Gianpaolo Balestreri* 3
La sottile linea rossa *Ottavio Di Stefano* 4

PRIMO PIANO

- A quando un "vaccino per tutti"
nei Paesi a Basso Reddito?
Silvio Caligaris 6

FORUM

- La formazione del Medico di Medicina Generale..... 11

CURE PRIMARIE

- Post Covid + PNRR + revisione Servizio Sanitario
Lombardo: una congiuntura storica
Fulvio Lonati 17

- Il Libro Azzurro per la riforma
delle cure primarie in Italia
Alice Cicognani e Viviana Forte 25

- La Casa della Comunità: semplice vernice
nominalistica o nuova dimensione sociale
e professionale della salute?
A cura di Associazione Prima la Comunità 29

- Il medico di medicina generale: identità e ruolo
Giuseppe Belleri 34

- La riforma della riforma:
la medicina di famiglia ieri, oggi e domani
Giovanni Gozio 36

- Assiomi e prospettive
Erminio Tabaglio 37

- L'infermiere di famiglia e di comunità,
tra opportunità e criticità
Stefania Pace 39

L'INTERVISTA

- Il percorso di Gianni Guerrini:
la "nascita" della geriatria a Brescia
A cura di Gianpaolo Balestreri e Lisa Cesco 42

QUESTIONI DI FINE VITA

- Eutanasia, glossario 47

- Il medico di fronte alle decisioni di fine vita:
volontà anticipata di trattamento, suicidio e morte
medicalmente assistiti
Angelo Bianchetti e Fabio Cembrani 48

- La richiesta di morte medicalmente
assistita è scelta per la vita
Maurizio Mori 52

- L'eutanasia è un diritto?
Luciano Eusebi 53

DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE

Via Lamarmora, 16 - BRESCIA - Tel. 030 2453211 - Fax 030 2429530
info@ordinemedici.brescia.it - info@omceobs.legalmailpa.it - ordinemedici.brescia.it

DIRETTORE RESPONSABILE: Dott. Gianpaolo Balestreri - COMITATO DI
REDAZIONE: Dott. Bruno Platto, Dott.ssa Lisa Cesco, Dott. Ottavio Di
Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott. Cristiano Guido Cesare Perani, Dott.
Renzo Rozzini, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio, Dott.ssa Giulia
Zambolin.

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE 2021-2024

PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini,
SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto - TESORIERE: Dott.ssa Anna Giulia Guarneri -
CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestreri, Dott. Nicola Bastiani, Dott. Germano
Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Silvio Caligaris, Prof. Francesco Donato,
Dott. Giovanni Gozio, Dott. Renzo Rozzini, Dott. Erminio Tabaglio, Dott. Umberto
Valentini, Dott.ssa Annalisa Voltolini, Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott.
ssa Claudia Valentini (Odontoiatra).

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI

PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini
- SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto - COMPONENTI: Dott. Gianpaolo Balestreri,
Dott. Nicola Bastiani, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott.
Silvio Caligaris, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott.ssa Anna



* spiegazione
della copertina
pag 90

Cure primarie:
un territorio da esplorare
Raffaele Spiazzi

PUNTI DI VISTA

- Le donne e il lavoro in sanità: quale futuro?
Annalisa Voltolini 55

- Medici in pensione, medici che invecchiano:
quale identità?
Renzo Rozzini 60

OSPEDALI E PNRR

- Lucidità progettuale per gli investimenti edilizi
della "nuova sanità"
Alessandro Signorini 64

- Disegnare l'ospedale del futuro:
appunti di un clinico ospedaliero
Valerio Verdiani 66

QUI ODONTOIATRI

- Ingenti risorse implicano straordinarie responsabilità
Gianmario Fusardi 69

PILLOLE DI STORIA

- Quarant'anni di HIV: tra vittorie e sfide aperte
Giulia Zambolin 71

GIOVANI MEDICI

- Da un'isola dell'Oceano Indiano.
Intervista a Massimo Corda 76

LIBRI

- La salute del mondo. Ambiente, società e pandemia
Recensione a cura di Gianpaolo Balestreri 79

RICORDI

- Professor Maurizio Bestagno, Raffaele Giubbini 80
Dottor Vito Minissale, Laura Minissale 81
Dottor Paolo Brunelli, Agostino Garda 82
Dottor Giulio Navoni, Giuseppe Navoni 83
Dottor Giovanni Monesi, Ferdinando Brandi 84
Dottor Giovanni Lazzaroni, Ottavio Di Stefano 86
Dottor Federico Pe, I suoi cari 87
Dottor Roberto Pagliani, A. Arrighini e G. Basagni 88

Giulia Guarneri, Dott. Renzo Rozzini, Dott. Erminio Tabaglio, Dott. Umberto
Valentini, Dott.ssa Annalisa Voltolini.

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI

PRESIDENTE: Dott. Gianmario Fusardi - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Claudia
Valentini - SEGRETARIO: Dott. Claudio Giuseppe Dato - COMPONENTI: Dott.ssa
Sara Geretto, Prof. Stefano Salgarello.

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE: Dott.ssa Patrizia Apostoli (nominato ai sensi dell'art.2 co. 3 della
L.3/2018) - COMPONENTI EFFETTIVI: Dott.ssa Tiziana Candusso, Dott.ssa
Emanuela Tignonsini - COMPONENTE SUPPLENTE: Dott.ssa Giulia Zambolin.

UFFICIO DI PRESIDENZA

COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestreri (Direttore
Responsabile BresciaMedica), Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Comm.
ne Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott. Bruno
Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

PROGETTO EDITORIALE a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati
- Progetti di comunicazione - IMPAGINAZIONE E STAMPA: Com&Print srl - Brescia.

IMMAGINE DI COPERTINA realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

La riproduzione di vignette e testi è libera, purchè vengano citate fonti e autori.

Lezioni americane



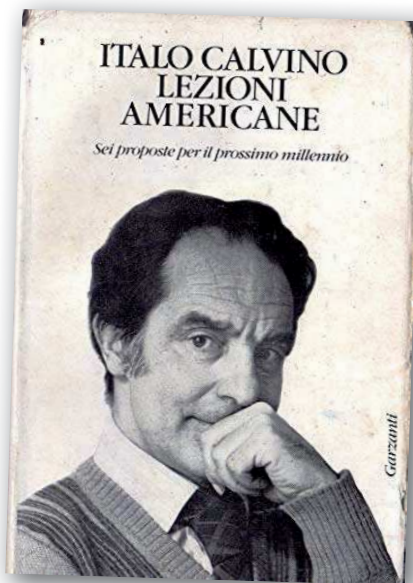
Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri

“Pandemic fatigue” lo stress da pandemia che ha accentuato stanchezza, logoramento, incertezza, desiderio di abbandonare la professione. Sentimenti diffusi già prima di Covid-19 ed esacerbati da due anni molto difficili. Mancano riferimenti, certezze per il prossimo futuro.

In “Lezioni americane”¹ Italo Calvino suggerisce alcuni “Memos”, “proposte per il prossimo millennio”, che è il nostro.

Non terminate per la morte dell’autore, nel settembre 1985, sono riflessioni ed indicazioni valoriali che nascono dalla letteratura, ma si rivolgono all’ambito più vasto della vita.

Credo ci possano anche riguardare come medici. Qui una libera, soggettiva, avventurosa interpretazione.



Leggerezza: cercare di sfuggire alla pesantezza del quotidiano osservandolo come da distanza, dall’alto, ridimensionandone l’importanza. Una leggerezza pensosa, non superficiale, non frivola.

Rapidità: velocità, concisione del pensiero. Non impulsività o precipitazione. *Festina lente*, affrettati lentamente

Esattezza: la precisione nell’uso delle parole e dei concetti, rigore nei riferimenti. Lontano da *fake news* e pseudoteorie.

Visibilità: comunicazione con persone in carne ed ossa, non con schermi di computer.

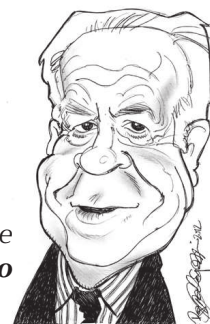
Molteplicità: interesse alla varietà della storia delle persone, al loro vissuto soggettivo. Non solo “*disease*” malattia nosologicamente definita, ma “*illness*” esperienza di vita nella malattia².

E infine “**Consistency**” l’ultima, mai completata, delle lezioni che lo scrittore avrebbe dovuto tenere ad Harvard. Coerenza, fermezza, fedeltà a sé stessi, la virtù cardinale della forza, una fisionomia morale della persona capace di generare fiducia negli interlocutori. Forse una guida per i perplessi che siamo oggi. ●

1 Calvino I., *Lezioni americane*, Garzanti Editore 1988.

2 Maitra A., Verghese A., *Diagnosis and the illness experience. Ways of knowing*. Jama Published online October 28, 2021.

La sottile linea rossa



Il Presidente
Ottavio Di Stefano

“Il papà ha fatto tre passi con il deambulatore. Siamo stracontenti...”. È la voce tremula, che rivela quasi incredulità, di una giovane donna nostra amica di famiglia. Aveva cercato in questi mesi dal vecchio dottore, che conosce fin da bambina, di capire cosa stesse succedendo a suo padre, ottenendo solo risposte incerte, insoddisfacenti.
Dicembre 2020.

Sessantacinquenne, diabetico di tipo 2, 25 -30 km di camminate la settimana. Febbre, manca fiato, ricovero. Quattro mesi di rianimazione, poi e tutt'ora riabilitazione. Nessun deterioramento cognitivo. Severo deficit motorio.

“La “gente” della rianimazione era tutta presa dal fare. Un fare oltre ogni limite. Inutile risentirsi per le poche parole. Uno od una se sono andati, bisogna rifare il letto, c'è uno in barella che aspetta. Loro, quelli della rianimazione, stanno tirando il fiato. Ed adesso in riabilitazione vedo due sofferenze. Quella dei malati

modulata, attenuata, dai piccoli progressi. Mio papà ha fatto tre passi! L'altra è quella degli operatori, senza distinzione di ruolo, di fronte ad una patologia che sta inevitabilmente diventando cronica.

“In questo mondo un uomo da solo non è niente. E non esiste un altro mondo, al di fuori di questo.”

Sergente Edward Welsh in
La sottile linea rossa,
film di Terrence Malick, 1998

Cercano di attutirne le conseguenze, sono stremati ma non cedono. Davvero non so come fanno. Ne abbiamo incontrati alcuni che non avevano capito il momento ed hanno reagito con una reazione inadeguata. Questo è il Covid”.

La curva, mentre scriviamo, è in incremento se pur con numeri ancora sopportabili, ma il mondo intorno a noi, ai nostri confini, vive un film drammatico che noi abbiamo già visto. Questo è il Covid. E noi discutiamo.

Quanto dura la protezione del vaccino dall'infezione ed in che misura? Quanto protegge dalla malattia grave?

Tutti quesiti legittimi. Tutti vorrebbero una risposta certa ed anche questo è del tutto comprensibile. È difficile convincere che la scienza può dare solo risposte in progressione man mano che i dati si rendono disponibili e che la medicina, che non è una scienza, non può che affidarsi e modulare le azioni conseguenti nella pratica clinica. Israele ha iniziato a vaccinare prima di noi e grazie ai loro studi sappiamo più o meno quanto durano le protezioni dei vaccini. Sappiamo ancora dagli esperti che la terza dose ripristina una immunità efficace.

Dobbiamo vaccinare i bambini?

Dal parere Società Italiana di Pediatria e AOPI circa l'implementazione della strategia vaccinale Covid-19 nella fascia di età 5-11 anni (12 novembre 2021): "... auspica che al più presto gli organi regolatori europei e nazionali possano permettere ai bambini italiani di beneficiare di tale intervento preventivo...".

"Alcuni genitori sono comprensibilmente riluttanti a vaccinare i propri bambini. Tuttavia, la scelta di non vaccinare non è una scelta esente da rischi; piuttosto, è la scelta di correre un rischio diverso e più serio. La comunità biomedica deve sforzarsi di renderlo chiaro al pubblico. Potrebbe essere una delle decisioni sanitarie più importanti che un genitore prenderà" (COVID-19 vaccines for children JEFFREY S. GERBER AND PAUL A. OFFIT *Science* Editoriale 18 novembre 2021).

Il tempo del COVID è il tempo delle decisioni difficili, ma è, soprattutto, il tempo dell'umiltà. È il tempo di fidarsi ed affidarsi alle evidenze scientifiche serie. È il tempo di pensare al futuro. La pandemia ha colpito di più gli ultimi ed esasperato le differenze.

È il tempo delle idee nuove in sanità e nella società.

È il tempo del noi.

Questo è il Covid.

Il virus gioca, sulla sottile linea rossa, con l'equilibrio

tra numero di casi ed impegno del Servizio Sanitario Nazionale. Diceva don Primo Mazzolari: "Abbiamo imparato a valutare il carico massimo di una nave, la portata di un ponte, il carico di un cammello e non ci curiamo di sapere fin dove reggano le spalle di un uomo".

Questo è il Covid, sulle spalle degli uomini e delle donne della salute. ●

A quando un “vaccino per tutti” nei Paesi a Basso Reddito?

Silvio Caligaris

Responsabile SSD Malattie Infettive ad Indirizzo Tropicale ASST Spedali Civili di Brescia
Vicepresidente Medicus Mundi Italia ONLUS
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Brescia

Che il vaccino diventi vaccinazione ovunque, con un'equa distribuzione per tutti, è l'obiettivo per cui i governi dovrebbero adoperarsi: non solo ispirati da un forte senso di giustizia sociale, ma anche dalla consapevolezza di quanto le vite di ciascuno di noi siano legate l'una all'altra, indipendentemente da razza e genere.

“I vaccini rappresentano un bene comune globale ed è prioritario aumentare la loro produzione garantendone la sicurezza e abbattendo gli ostacoli che limitano le campagne vaccinali” - queste sono state le parole del premier Draghi a seguito della dichiarazione dell'UE pronta a sostenere la sospensione dei brevetti vaccinali confermata e sostenuta anche dal presidente americano Biden. Attualmente l'Africa e altri Paesi a basso reddito stanno vivendo la terza ondata Covid, con un drastico incremento dei casi di infezione, con ospedali e centri di salute sovraccarichi ed un aumento del tasso di mortalità.

Se prendiamo i dati di luglio 2021 contiamo oltre 6 milioni di casi positivi e oltre 150,000 morti notificate. In oltre 30 paesi africani si è assistito ad un aumento dei casi positivi di quasi il 30% su base settimanale.

Molti governi sono stati costretti a ripristinare provvedimenti di *lockdown* restringendo diverse attività sociali e funzioni riproduttive. Imperversano disoccupazione, violenza, disuguaglianze e insicurezza alimentare. Tre sono state sostanzialmente le cause della ripresa dell'epidemia: la diffusione della variante Delta, il basso tasso di copertura vaccinale e da ultimo la stanchezza della popolazione ad applicare i provvedimenti di prevenzione individuale (dall'uso corretto della mascherina, al distanziamento sino all'igiene delle mani).

La variante Delta si è imposta come variante dominante in 21 paesi africani, e questi sono solo i paesi dove è stato possibile eseguire i test di sequenziamento. Si tratta della variante più contagiosa, che colpisce anche i più giovani e infatti in oltre il 66% dei casi si è manifestata in soggetti al di sotto dei 45 anni di età. A questa variante si associa la Beta presente in Sud Africa ed in almeno altri 30 paesi africani e la variante Alfa, scoperta in Inghilterra e poi arrivata anche nel continente africano.

“Perché parliamo di esitazione a farsi vaccinare quando in Africa non ci sono vaccini?”.

È la domanda che si pone Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Oms, che inoltre sostiene: *“il problema è la fornitura di vaccini. E abbiamo bisogno di vaccini ora”*.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, poco più del 3% della popolazione africana è stato completamente vaccinato contro il Covid-19 e in Africa è stato somministrato solo l'1,5% dei 2,7 miliardi di dosi distribuite a livello globale.

E le previsioni non sono rosee: nei report si legge che il 90% dei paesi africani mancherà l'obiettivo di vaccinare un decimo della loro popolazione entro la fine del 2021. Tanto che molte ONG in tutto il mondo si sono mobilitate per chiedere la sospensione della proprietà intellettuale dei brevetti dei vaccini per il Covid-19, ancora detenuti dai colossi farmaceutici.

I numeri delle vaccinazioni continuano ad essere troppo bassi, sia per la scarsità di vaccini, ma anche per difficoltà logistiche, di distribuzione e di fiducia da parte della popolazione.

Il ministero della Sanità ha fatto sapere che a spaventare, oltre all'aumento dei contagi, è anche il tasso di positività, che è del 17%. La polizia nel paese dell'Africa equatoriale sta effettuando controlli e arresti a tappeto, tanto che il capo della polizia ha fatto sapere che vengono arrestate quasi 3.000 persone al giorno per aver violato le restrizioni e che sono ancora in molti ad affollare i locali.

In Tunisia la situazione è tra le peggiori con oltre 5.000 casi al giorno, +52%, e da luglio la Commissione regionale di prevenzione delle catastrofi ha annunciato l'inizio di un nuovo lockdown valido per tutta l'area urbana di Grand Tunis.

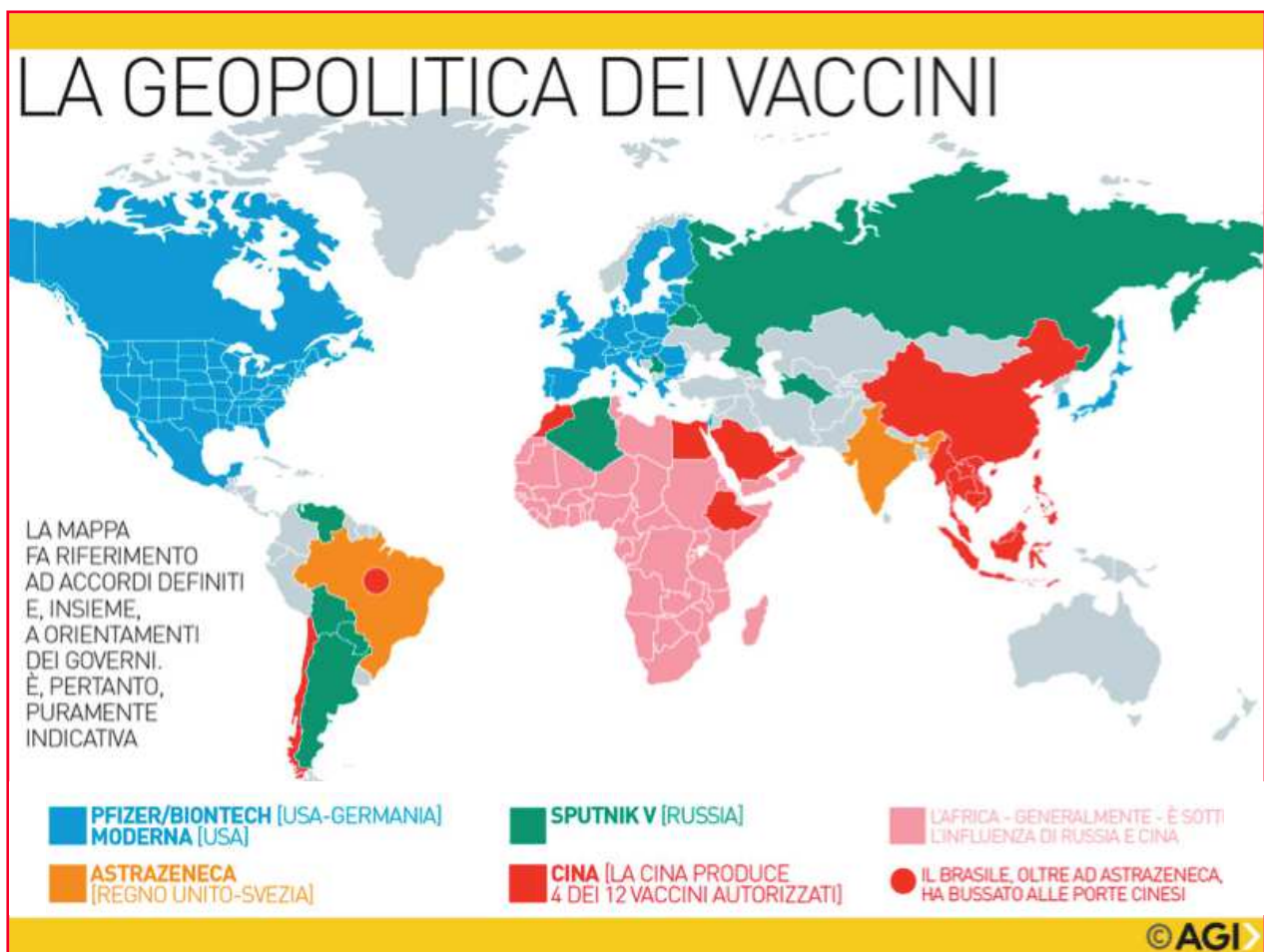


FIGURA 1

Poi il Sudafrica, dove la situazione è estremamente critica, quasi 20.000 al giorno, +27%, e di nuovo *lockdown* e ospedali in una situazione estremamente critica.

Quanto sta accadendo ora in Africa avrà enormi ripercussioni non solo dal punto di vista sanitario, ma anche economico e sociale e infatti l'economia dell'Africa sta particolarmente soffrendo l'acuirsi dell'infezione.

Paesi come Capo Verde, che vedevano nel turismo la loro unica forza economica, adesso stanno affrontando un grave momento di recessione.

Altri paesi, come la Repubblica Democratica del Congo, invece, oltre a dover far fronte all'epidemia devono fronteggiare anche la situazione di conflitto che si sta inasprendo nelle regioni dell'est. E il connubio virus, sfollati e guerra non fa altro che alimentare le problematiche.

E poi ci sono paesi come l'Uganda, dove le restrizioni sanitarie sono state accompagnate anche da limitazioni delle libertà individuale. Una situazione che ha rafforzato l'autoritarismo di certi governi africani che nel Covid hanno trovato un potente alleato per le loro politiche repressive.

In numerosi paesi africani le campagne vaccinali sono state sospese per mancanza di vaccini e così il 90% dei paesi africani beneficiari della iniziativa COVAX (COVID-19 Vaccines Global Acces) non riusciranno a raggiungere il target del 10% della popolazione vaccinata entro il tempo prefissato.

Con il programma di vaccinazione COVAX, l'UNICEF si è impegnata per una distribuzione equa dei vaccini. Questo sostegno è stato necessario per i Paesi a reddito basso-medio, che costituiscono quasi la metà della popolazione mondiale, ma hanno ricevuto solo una minima parte dei vaccini disponibili.

Questa distribuzione ingiusta danneggia anche i Paesi a reddito elevato: finché il virus continua a circolare, le persone si ammalano e muoiono, e possono manifestarsi mutazioni ancora più pericolose.

A tal proposito i dati parlano chiaro: è vaccinato oltre il 50% della popolazione nei paesi ricchi, poco più del 3% in Africa e nei paesi più poveri. Secondo il Prof. Alberto

Mantovani lo potremmo considerare un andamento a due velocità: c'è una velocità che riguarda i paesi ad alto reddito come il nostro che potrebbe ottimisticamente raggiungere una protezione superiore all'80% (attualmente siamo al 75% di copertura) e poi c'è una velocità dei paesi a basso reddito dove la scarsità dei vaccini – oltre ad un numero di ostacoli di tipo organizzativo, logistico, sociale - non consente di raggiungere una copertura nemmeno lontanamente paragonabile alla nostra. Se poi a tutto ciò aggiungiamo il problema delle varianti il gioco è fatto.

Secondo l'OMS-Africa sarebbero 450.000 le dosi di vaccino intanto scadute e distrutte a causa dei ritardi di spedizione, mentre si sta puntando a sviluppare entro un anno dei centri di produzione vaccinale in Senegal e Sud Africa per ridurre la dipendenza dall'estero.

Altro aspetto da considerare è stato quello della geopolitica dei vaccini che se ha visto i paesi del nord del mondo, Europa e Stati Uniti in testa, ma anche Giappone e Corea del sud, scegliere di puntare sui vaccini prodotti da Pfizer, BioNTech e Moderna, diversamente Asia, Africa e Sud America sono tutt'ora terreno di conquista per i vaccini cinesi e per quello russo. C'è una evidente correlazione tra le relazioni geopolitiche e diplomatiche dei diversi Stati come possiamo vedere anche dalla mappa di distribuzione dei vaccini anticovid (Fig.1).

Il vaccino russo Sputnik V, autorizzato per primo in Russia è stato infatti via via adottato dai paesi che hanno da sempre un rapporto diretto con Mosca: Bielorussia, Serbia, Argentina, Bolivia, Algeria, Palestina, Venezuela, Paraguay, mentre la Cina ha addirittura utilizzato i vaccini come strumento di offensiva diplomatica. Il governo di Xi Jinping ha infatti sfruttato la potenza biotech cinese (4 dei 12 vaccini attualmente autorizzati sono di produzione cinese) per consolidare rapporti con Paesi che si trovano lungo la Via della Seta e nel continente americano: dal Brasile ai Paesi del Sud Est Asiatico, per non parlare dell'Africa dove la Cina ha saputo implementare una vera e propria infrastruttura di distribuzione del vaccino. Diversi Paesi (Etiopia, Egitto,

Marocco, Brasile, Cile, Emirati Arabi e Arabia Saudita) che hanno avviato una concreta collaborazione con il governo di Pechino su questo fronte e hanno anche stretto importanti accordi politici, ultimate le sperimentazioni, sono passati in prima fila per ricevere le dosi dei vaccini necessarie per le rispettive campagne vaccinali.

La scarsità dei vaccini per i paesi poveri rappresenta comunque il grande problema: finché non ci sarà una protezione per tutti, in qualunque area, anche remota dell’Africa, la possibilità che il virus rimanga in circolazione generando ulteriori varianti è molto concreta. Così come è evidente che nessun virus resta isolato né si ferma ai confini tra paesi.

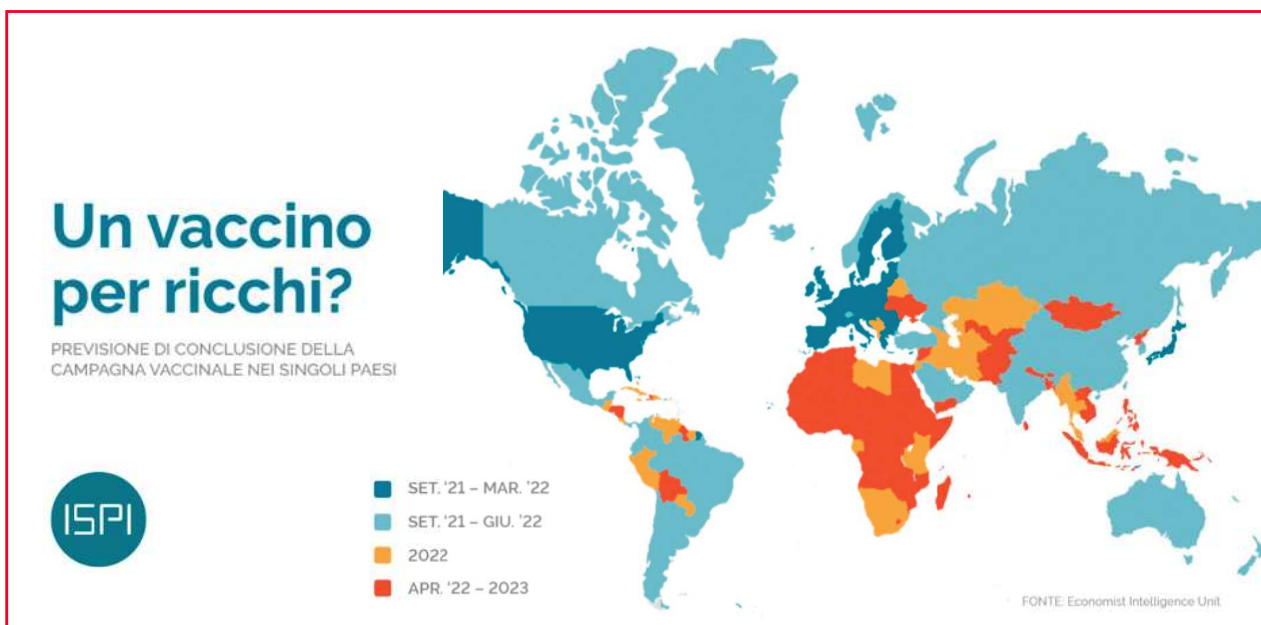
Il Mozambico

In tal senso vorrei citare come esempio il Mozambico, un grande Paese dell’Africa sud-orientale, dove l’ONG/ONLUS Medicus Mundi Italia di Brescia, da oltre 50 anni operativa nell’ambito della cooperazione sanitaria internazionale, vede impegnare le proprie risorse per la salute pubblica di questo paese ed in particolare per garantire le coperture vaccinali alla popolazione.

In Mozambico i casi di COVID registrati ammontano ad un totale di 150.000 ed i morti sono 1.920 (dati ai primi giorni di



ottobre 2021). La terza ondata ha colpito con forza il Paese nei mesi più recenti. È evidente come i dati registrati rispetto ai casi reali di persone infette siano fortemente sottostimati perché non vengono fatte indagini capillari e c’è scarsissima capacità di tracciamento, mancanza di kit diagnostici e materiale di prevenzione. La capacità di offrire assistenza sanitaria ai contagiati ricoverati e ancor più ai casi gravi è del tutto inadeguata (ad oggi in tutto il Mozambico sono disponibili poco più di 30 posti letto in terapia intensiva!!). Inoltre, le misure di distanziamento sociale introdotte nelle diverse ondate hanno avuto ripercussioni





fortemente negative sulla continuità delle cure di numerose altre patologie e servizi sanitari (HIV, malaria, malnutrizione, assistenza al parto e neonatale, ricoveri in generale...). Su una popolazione di oltre 30 milioni di abitanti, ad oggi in Mozambico sono state somministrare 5,87 milioni di una singola dose di vaccino mentre il ciclo vaccinale è stato completato in 2,2 milioni di persone; pertanto, il 7,1% è stato completamente vaccinato (dati del 3 novembre 2021). In una recente missione nell'ambito dei progetti "Care Evolution" ed "Un vaccino per tutti", sostenuti da Medicus Mundi, abbiamo fatto visita ai sanitari della Direzione Provinciale della Salute (DPS) di Inhambane. I vaccini sono stati praticati in 80 posti fissi. Il risultato nelle aree urbane è stato buono, in quelle rurali molto meno. Per questo si dovranno fare più vaccinazioni con *equipe* mobili.

Ora l'informazione si sta diffondendo maggiormente e sempre nella provincia di Inhambane hanno completato il ciclo di vaccinazione poco più del 13% delle persone over 18 (quindi indicativamente il 6,5% sul totale della popolazione). È già iniziata la fase delle vaccinazioni per over 30 nelle aree urbane e over 50 nelle aree rurali. I vaccini che arrivano sono AstraZeneca, Jonshon&Jonhson e Sinopharm. Nelle aree urbane sono stati vaccinati gli

over 50 o le categorie prioritarie (dipendenti pubblici, operatori sanitari e della sicurezza), ora si inizia a vaccinare la fascia 30-49 anni, rimane fuori la fascia 18-29 anni. Nelle aree rurali finora si sono vaccinati solo gli over 50 o categorie prioritarie.

Il MISAU (Ministero da Saùde Mozambique) dovrebbe garantire forniture per la seconda dose sufficienti per coprire pazienti già vaccinati in prima dose.

La logistica è l'aspetto più difficile e delicato, per garantire l'efficacia della campagna, soprattutto per la questione della catena del freddo. L'approvvigionamento è garantito a livello provinciale e a cascata nei distretti dai quali devono partire le *equipe* del PAV calendarizzate per le vaccinazioni COVID nelle unità sanitarie. Gli operatori formati per la vaccinazione COVID sono i tecnici PAV, eventualmente supportati da tecnici SMI o altri attivisti per mobilitazione comunitaria.

Per queste ragioni Medicus Mundi Italia ha accettato la proposta di Confindustria Brescia e dei sindacati CGIL, CISL e UIL, in collaborazione con l'Università degli Studi e la Diocesi di Brescia, di prendere parte alla campagna "Un vaccino per tutti", con il duplice obiettivo di incentivare l'adesione alla campagna vaccinale tra le persone che lavorano nelle aziende di Brescia e Provincia e i loro familiari, e raccogliere fondi destinati all'approvvigionamento di vaccini anti-Covid nei Paesi a risorse limitate.

Nella fattispecie, con i fondi raccolti, Medicus Mundi si impegna a sostenere il programma "UNIVAX", che il Ministero della Salute del Mozambico ha avviato a marzo 2021, parallelamente al programma globale COVAX, mirato a estendere la campagna vaccinale contro il COVID-19 in Mozambico, in particolare a beneficio della popolazione più vulnerabile.

Per concludere, è soprattutto in questo senso che dovremmo tutti guardare alla condivisione dei vaccini a livello globale, come ad una forma di solidarietà, non solo mossa dall'etica e da un senso di giustizia sociale, ma spinta anche dall'intelligenza concreta che ci deve rendere consapevoli di quanto per salvarsi serva sempre percorrere una strada comune. ●

La formazione del Medico di Medicina Generale

Testo a cura di **Lisa Cesco**
giornalista



Forum

Martedì 26 ottobre 2021

Hanno partecipato in videoconferenza

Gianpaolo Balestrieri, Direttore responsabile di Brescia Medica

Germano Bettoncelli, Medico di Medicina Generale e responsabile della Commissione Cultura dell'Ordine

Ovidio Brignoli, Medico di medicina generale, Responsabile regionale della Scuola di formazione per MMG e Vicepresidente SIMG Società Italiana di Medicina Generale

Francesco Castelli, Pro-Rettore vicario dell'Università degli Studi di Brescia, direttore Clinica di

Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi e ASST Spedali Civili di Brescia

Daniele Coen, Medico d'urgenza, già direttore del Pronto Soccorso ospedale Niguarda di Milano

Ottavio Di Stefano, Presidente Ordine dei Medici di Brescia

Bruno Platto, Segretario Ordine dei Medici di Brescia, già Medico di Medicina Generale

✘ Quali le competenze di base del MMG?

Balestrieri: Questo Forum nasce dalla volontà di promuovere uno scambio di idee, alla luce di alcune considerazioni riguardanti sia il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) sia la riforma della legge 23 di Regione

Lombardia, che pongono il medico di medicina generale (MMG) al centro di un rilancio della sanità territoriale, prevedendo l'attivazione di strutture nuove come le Case e gli ospedali di comunità, che dovrebbero segnare l'avvio di nuove modalità di lavoro di gruppo, promuovendo un interscambio con l'ospedale per acuti e la medicina

specialistica, ma di cui tuttavia non è ancora chiarissimo il ruolo e la funzione. In questo scenario si inserisce la discussione su quali siano le competenze di base del MMG nelle nuove realtà che andranno a costituirsi: si tratta di un tema dibattuto, che sta animando discussioni nell'opinione pubblica e sui media, concentrate in particolare sulla proposta di porre la medicina generale sotto un regime di dipendenza del Servizio sanitario e sugli aspetti contrattuali correlati.

Se e cosa sarà necessario cambiare del curriculum del MMG e delle sue *core competencies* nei nuovi contesti che si vanno delineando rimane una questione aperta. Recenti prese di posizione dell'assessore al Welfare regionale Moratti, peraltro, denotano come ai vertici della Lombardia sia poco chiara l'idea di quello che è il MMG e cosa dovrebbe andare a fare nei prossimi sviluppi. Iniziamo la nostra analisi partendo dal punto di vista del dottor Brignoli, che è responsabile regionale della Scuola di formazione per MMG e conoscitore della sua storia, avendo gestito i corsi in prima persona.

Brignoli: Non credo che le competenze del MMG debbano cambiare. Nell'immaginare il futuro non si può non pensare all'importanza di cure personalizzate, continuative e condivise, e alla rilevanza di una facile accessibilità a "cure di valore", concetto che in sé rimane comunque difficile da valutare. I due cardini della professione del MMG sono le competenze di tipo clinico, orientate al *problem solving*, e quelle relazionali, perché se è vero che il rapporto continuativo e fiduciario col paziente è fondamentale, il MMG deve essere anche un buon comunicatore, capace di coltivare relazioni positive con gli assistiti. Si potrebbe obiettare che le tendenze epidemiologiche in atto stanno cambiando il contesto, insieme all'invecchiamento della popolazione, l'irruzione delle nuove tecnologie e i bisogni sanitari mutati. Ma le *core competencies* del MMG non cambiano, piuttosto devono adeguarsi rispetto a temi clinici nuovi: pensiamo alle fasi più acute della pandemia Covid vissute l'anno scorso, al tema delle cure di fine vita, agli aspetti

etici, senza dimenticare le nuove possibilità diagnostiche offerte dalla disponibilità di strumentazioni in studio, come l'ecografo. Tutto questo, però, va ad integrare un ruolo che non è sostanzialmente cambiato. Un ruolo che peraltro abbiamo specificato attraverso una *job description* analitica di quello che dovremmo fare nelle cure primarie, riallineandoci sotto questo aspetto alle altre medicine europee.

A cambiare saranno piuttosto gli aspetti organizzativi, perché sarà sempre più frequente il lavoro in *team*, cui il MMG non è abituato, e si porranno temi come quello della *leadership* e del rapporto con gli altri operatori sanitari.

Riguardo invece alla formazione universitaria del MMG, non abbiamo nessuna opposizione nei confronti dell'accademia, che può rappresentare un plus. Deve trattarsi, tuttavia, di una commistione positiva, perché alcuni aspetti della medicina generale li può insegnare solo il MMG.

Oggi stiamo assistendo a un tentativo di rinnovamento, anche attraverso le Case della comunità, che saranno però solo un luogo dove il medico va a fare tante cose: penso che gli studi medici continueranno a ricoprire un fondamentale ruolo di prossimità, e che il medico di famiglia, in quanto tale, debba continuare ad essere il più possibile vicino alla popolazione.

✘ Quale la formazione del MMG?

Balestrieri: Abbiamo letto con interesse l'intervento del dottor Coen sul quotidiano *Domani*, circa il ruolo del MMG in relazione al Pnrr, in cui sottolineava le peculiarità della formazione in medicina generale in Italia rispetto ad altri Paesi, soprattutto se paragonata alla figura dello specializzando in formazione accademica, da cui emergono differenze rilevanti, anzitutto stipendiali (800 euro mensili della borsa di studio per gli aspiranti MMG contro i 1800 euro per gli specializzandi). I futuri medici di famiglia, inoltre, seguono una formazione a dimensione regionale, e la mancanza di un ambiente accademico

forse non garantisce quella dimensione più aperta ed esposta a influssi di tipo scientifico che l'Università può assicurare. Non c'è, da ultimo, un interscambio facile tra Scuole di specialità e Scuola di medicina generale.

Per questo sta crescendo la richiesta di un percorso accademico per le cure primarie, condivisa da alcune associazioni come il movimento Giotto e altre associazioni di specializzandi. Già oggi, peraltro, esistono alcune Scuole di specialità in Cure primarie in alcuni atenei come Padova, Napoli e Bologna.

In tanti anni di lavoro nei Dipartimenti di Emergenza, quale idea ti sei fatto del rapporto con la medicina generale nei pazienti che hai visto affluire al Pronto soccorso?

Coen: Inevitabile rispondere che lo specialista vede il MMG come uno che non fa mai abbastanza e manda a lui i pazienti. Credo però che proprio l'evoluzione della Medicina d'urgenza abbia una lezione da offrire: quando io ho iniziato eravamo considerati gli ultimi, gli specialisti ci guardavano dall'alto in basso, perché a loro vedere non ci assumevamo delle responsabilità e non eravamo in grado di definire in modo più preciso cosa fosse il nostro mestiere: dire urgenza era poco.

Abbiamo capito che quello era il momento di cogliere l'occasione per proporre un progetto di crescita: assumere delle responsabilità e diventare professionisti al pari degli altri specialisti. Siamo diventati degli specialisti come gli altri quando abbiamo iniziato a fare la cardioversione al paziente con fibrillazione atriale parossistica, a dare l'anestesia, a gestire il paziente traumatizzato nella fase di stabilizzazione. Farlo noi, farlo bene, se possibile farlo meglio dei chirurghi o degli altri specialisti. Questo vuol dire prendersi delle responsabilità specifiche.

Il mio invito ai MMG è "Pensate grande". Perché questo è un momento in cui avete occasione di crescere e assumere un ruolo culturalmente e praticamente di pari

grado agli altri medici. Tutto ciò passa non attraverso le dichiarazioni generali ma le cose che uno fa, e naturalmente dalla formazione, che dovrebbe avvicinarsi a quella degli specialisti, con gli stessi modelli, stessi stipendi, stesso accesso alla letteratura scientifica internazionale. Le Case della comunità e la medicina di gruppo sono un'occasione per iniziare a realizzare queste cose: non uno spazio comune solo per dividere le spese, ma un'opportunità per crescere insieme, trasmettersi competenze, condividere conoscenze.

Platto: La provocazione è significativa, uno degli obiettivi della medicina generale è quello di gestire la cronicità per evitare che questa evolva e crei condizioni di rischio, pericolo o acuzie per il paziente. Non è vero che non si è fatto niente, nel tempo soprattutto nel Bresciano sono state elaborate modalità operative importanti, pensiamo ai Pdta su problematiche come diabete, scompenso, demenza. Attualmente non più oggetto di lavoro costante, i Pdta vanno rimessi all'interno di una modalità di formazione nuova e diversa.

Parlando di queste priorità è opportuno ricordare che la formazione per diventare MMG riguarda 100-150 medici in Lombardia ogni tre anni. Il nostro impegno deve andare oltre, allargandosi a un nodo centrale e ineludibile che è l'investimento per riqualificare l'esistente: c'è infatti un complesso lavoro di ri-formazione che deve essere fatto sulla medicina generale già attiva. E non vedo alternativa che mettere attorno a un tavolo specialisti e MMG per fare percorsi condivisi.

Di Stefano: Un primo passaggio essenziale è prevedere che durante il corso di Medicina si incominci a parlare di medicina generale. Che uno studente sappia cosa succede se decide di prendere quella strada. Sul modello del corso di Medicina delle Cure primarie attivato ad Harvard, sogno un Dipartimento di Cure primarie cui partecipa chi ha fatto il MMG sul campo.

Castelli: L'accademia non è restia a queste aperture, ma probabilmente non è ancora del tutto pronta. L'Università italiana è articolata su un inquadramento a canne d'organo verticali, in base al settore scientifico disciplinare. Quello di medicina generale sul territorio oggi non c'è, per realizzarlo servirebbero cambiamenti strutturali che richiedono tempo, e che all'interno dell'Università non sono assolutamente facili. Ma a noi farebbe solo piacere avere un Dipartimento di Cure primarie, e poter contare su chi le conosce è essenziale: bisogna crearlo, penso che si possa realizzare anche per la Medicina generale.

Si tratta certamente di un percorso lungo, che va iniziato, e che andrebbe portato avanti in modo non settoriale-regionale. Basta volerlo, sì, ma bisogna volerlo in tanti. L'Università di Brescia su questo tema è sensibile.

Un altro aspetto di cui tenere conto è che abbiamo sempre meno medici di medicina generale: i colleghi che entrano nella scuola di Medicina generale non sono sufficienti a rimpiazzarli, mentre per chi sceglie la formazione accademica il numero delle borse di specialità è enormemente aumentato. Un laureato che scelta fa? Sceglie il percorso per diventare MMG, pagato di meno, con qualche incertezza sui compiti futuri, oppure la specialità? Questo punto non va trascurato, perché è destinato a creare un problema sul territorio.

È stato detto che spetta ai MMG delineare con proposte quello che vorranno essere. Ma è necessario pensare non alle esigenze dell'oggi, piuttosto a quelle che si evidenzieranno tra 10-20 anni, perché un percorso formativo compiuto inizia adesso ma si conclude molto più avanti nel tempo. Credo, a questo proposito, che la domanda da cui partire sia "Come posso servire meglio la popolazione che la comunità mi affida e mi affiderà nel futuro?".

Sappiamo che l'attività del MMG non può prescindere dall'empatia e dal rapporto con il paziente, un'arma terapeutica che va oltre l'uso dell'insulina e dell'antibiotico. Da questi aspetti bisogna prendere le mosse, contemperando il pensiero di "cosa vorrà essere" con quello che la società mi chiede, al di là del fatto che la medicina generale

sia più o meno potente nelle dinamiche ospedale- territorio- accademia. Da ultimo, è opportuno un cenno alla formazione del medico. Come Università è indispensabile interrogarci su cosa non siamo in grado di dare, e su come si potrebbero inserire più competenze, ad esempio sulla relazione medico paziente: oggi il nostro corso di laurea in Medicina oggi il nostro corso di laurea in Medicina richiede certamente un ripensamento, con l'introduzione di nuove competenze e con la ottimizzazione di altre. Questo implica toccare punti nevralgici all'interno dell'accademia, e non è facile, perché il sistema è molto rigido e difficile da cambiare da un anno con l'altro. Ecco perché i frutti li vedremo tra dieci-venti anni, e perché è necessario prevedere che tipo di popolazione e di organizzazione si troverà davanti il medico di domani.

Coen: La "fuga" non è solo dalla medicina generale ma anche dall'ospedale: c'è tanta gente che sta fuggendo anche dal mio settore, e i nuovi specializzandi tendono a scartare le specialità che ti obbligano a stare in ospedale, privilegiandone altre come oculistica o dermatologia per fare degli esempi, e questo per mille ragioni. Per cambiare le cose, diamo la possibilità di intraprendere una formazione in medicina generale che abbia lo stesso valore delle altre specialità. Iniziamo a parlarne prima della laurea, prevedendo nei tirocini pratici anche la medicina generale.

Immaginando una transizione della formazione in medicina generale verso l'ambito universitario va tenuto presente che in due o tre atenei è attiva una specializzazione in Medicina di comunità, che non è in cure primarie ma potrebbe avvicinarsi. Se aumentassero gli atenei con questa specialità, e l'attestazione per chi esce da lì avesse lo stesso valore dell'odierno corso di formazione in medicina generale, avremmo due strade parallele, di cui una nuova, e la possibilità di scegliere o l'una o l'altra. Fare delle sperimentazioni in questa direzione potrebbe essere il lavoro sull'orizzonte dei prossimi quattro o cinque anni.

Castelli: Le scuole di specializzazione in Medicina della Comunità sono soprattutto scuole che formano organizzatori della salute, con un taglio di ambito più igienistico-organizzativo che clinico. Una sperimentazione innovativa che abbiamo in animo di implementare nel nostro corso di laurea, ad esempio, è quella dei tirocini curricolari nelle case private delle persone: ad ogni studente vengono assegnate 10 o 20 famiglie, che si impegna a visitare periodicamente in sintonia con il MMG, eseguendo piccole prestazioni e raccogliendo i dati a livello centralizzato (si tratta di una coorte enorme che potrà fornire indicazioni programmatiche al Comune anche ai fini del disagio sociale). Crediamo che alla fine dei sei anni di corso questa esperienza, che porta a visitare famiglie e accostarsi ai reali ambienti di vita, aiuterà nell'obiettivo di avere un medico che non considera solo il pigiama e il numero di letto, e contribuirà a superare il modello ospedalocentrico.

Bettoncelli: È paradossale che a distanza di più di 40 anni dalla legge 833 che ha posto al centro del sistema la medicina generale siamo ancora a chiederci quale formazione debba avere questo medico per svolgere adeguatamente il suo ruolo. Se oggi vogliamo parlare di quale sia la formazione adeguata per il MMG dobbiamo fare alcune considerazioni, chiedendoci innanzitutto: cosa dev'essere questo professionista? Nella formazione "ospedalocentrica" esistono vari gradi di *Evidence based medicine*, che poggia su un terreno solido di riferimento, condiviso, messo in pratica tutti i giorni nei reparti. Fuori dall'ospedale la situazione è completamente diversa, e il tentativo di trasferire un paradigma validato scientificamente per l'ospedale non funziona al di fuori di quel contesto, perché la validazione di quel sistema si fonda su un metodo specifico, che deriva la sua forza dalla ricerca. Aspetto, quest'ultimo, che nella medicina generale non esiste. Esiste piuttosto una ricerca retrospettiva, ma manca di slancio prospettico. Il lavoro del MMG, infatti, si basa su una

quota straordinariamente ampia di esercizio empirico della professione: siamo empirici perché la varietà e multiformità dell'humus in cui mettiamo le mani non ci consente di sviluppare un metodo scientifico. Spesso la metodologia ospedaliera tradizionale non è trasferibile sui setting della medicina generale.

Un punto di contatto emblematico tra i due mondi lo ha offerto l'esperienza della pandemia, che soprattutto nella prima ondata ha posto la medicina specialistica e ospedaliera nelle condizioni di non saper cosa fare nei confronti dei pazienti con Covid, e nella necessità di adottare un metodo empirico. In quel momento ci si è chiesti quale sia la "regola" fuori dal contesto normato dell'*Evidence based medicine*. Ecco, la medicina generale si trova molto spesso in queste condizioni.

Del resto, quello che si chiede alla medicina generale è una responsabilità verso il singolo, ma anche in termini di popolazione. Verso il singolo possiamo cavarcela, mentre per farlo verso la popolazione serve una formazione apposita, al momento inesistente.

È intuitivo come non sia la stessa cosa gestire venti letti in ospedale e prendere in carico 1600 persone fuori, di cui alcune stanno bene, altre sono molto malate, e obbligano a confrontarsi con la complessità per multipatologie e multiterapie, a fronte di una formazione universitaria che non insegna nulla della metodologia di *deprescribing* se la terapia risulta obiettivamente insostenibile.

E ancora: qual è lo standard ottimale di controllo di una malattia cronica? (anche queste competenze dovrebbero rientrare in un programma di insegnamento della medicina generale). Siamo pronti dal punto di vista clinico, organizzativo, di standard di popolazione? La *job description*, una volta applicata, che standard di qualità assistenziale produce?

Viene da chiedersi, in conclusione, se tutto questo interessa a qualcuno, o se piuttosto non stiamo andando verso una deriva di tipo privatistico-commerciale per cui chi ha avrà e chi non ha, si arrangerà. Sullo sfondo resta una politica che fa le scelte prescindendo dall'opinione dei medici, sempre.



Balestrieri: Il margine di errore è qualcosa di connaturato nel nostro lavoro. L'idea dell'incertezza, l'umiltà nell'approccio ai pazienti sono un elemento formativo che negli ultimi decenni è forse andato smarrito.

Brignoli: È vero che gran parte delle pratiche quotidiane non sono sostenute dall'*Evidence based medicine*, ma la storia e la *practice medicine* rappresentano elementi che possono diventare un possibile riferimento.

Restano tuttavia questioni aperte: davanti a un paziente diabetico dove parte e dove arriva il MMG? E cosa devo fare per arrivare fino a lì? Il problema è cominciare a definire questi aspetti, focalizzare il contesto in cui la medicina generale deve muoversi.

Serve costruire un percorso nuovo, ma ad oggi non abbiamo ancora ben definito la professione: ecco il perché di questo limbo poco chiaro anche sulla formazione.

Castelli: Spesso, anche da parte delle istituzioni sanitarie e dagli organi ministeriali, l'Università è stimolata ad andare verso la medicina di precisione, a formare il medico alla ricerca, le nuove tecnologie, la robotica, l'imaging più sofisticato, l'intelligenza artificiale. E questa è cosa certamente positiva. Poi però il medico è quello che deve affrontare i problemi quotidiani delle persone, conoscere la comunità dove vive.

In questo pendolo che oscilla fra due poli opposti ci si perde. Come facciamo a capire qual è il medico che serve di più al nostro territorio? L'accademia si interroga sulle migliori risposte per meglio contribuire a rispondere a dei bisogni, ma talvolta deve affrontare stimoli così diametralmente lontani che risultano faticosi da implementare.

Coen: La risposta a queste domande deve venire dalla medicina generale, che è più empirica della medicina specialistica, ma non è solo empirismo. Alcuni elementi di *Evidence based medicine* vanno saputi: devono far parte di un aggiornamento costante, certamente attraverso i corsi, ma vanno acquisiti anche mediante una formazione continua individuale, che richiede studio e applicazione. Questo è il

punto base, da adattare al *setting* della medicina generale, che deve diventare sempre di più una medicina proattiva.

Di Stefano: Dai molteplici contributi offerti appare evidente che stiamo affrontando un problema molto difficile da risolvere. Io non sono così pessimista, anche se sono convinto che per migliorare la formazione ci vorrà tempo.

Riguardo alle Case di comunità, non credo vadano pensate come un semplice poliambulatorio, che comunque darebbe dei benefici. La Casa di comunità sarà lo snodo su cui costruire quel rapporto di équipe, importante sia dal punto di vista prestazionale che intellettuale. Questa è la grande scommessa che non dobbiamo perdere. Discutere, disporre di strumenti di aggiornamento, interagire con altre figure professionali e con il sociale: queste nuove realtà dovranno essere il nucleo in cui i professionisti di varie discipline si incontrano e affrontano i temi più spinosi.

Balestrieri: La fuga dagli ospedali, soprattutto dalle situazioni più esposte, l'interesse per specialità dall'impegno non troppo coinvolgente, la situazione ad esempio dei pediatri ospedalieri che stanno diventando una merce rarissima sono tutti elementi di preoccupazione per il futuro, e pongono un interrogativo ineludibile: come far sì che i giovani considerino la medicina non dico come una missione, ma come un lavoro che non è come gli altri, perché comporta un particolare impegno intellettuale e al contempo pratico, richiedendo tempo e un investimento culturale e psicologico diverso dalle altre professioni. Anch'io, tuttavia, sono ottimista, e ritengo che il punto di ripartenza siano proprio le condizioni di lavoro, che vanno migliorate e rese attrattive. ●

Post Covid + PNRR + revisione Servizio Sanitario Lombardo: una congiuntura storica

Fulvio Lonati

Associazione APRIRE (Assistenza primaria in rete)

Passare attraverso la pandemia ci ha, tutti, trasformati e, in tutti, ha trasformato il modo di vedere il mondo. Forse in Lombardia più che altrove.

La pandemia ha imposto anche macro-decisioni politico-sociali eccezionali: nel mondo, in Italia, in Lombardia.

Nella nostra regione l'esplosione della pandemia è coincisa anche con l'anno di chiusura della sperimentazione quinquennale del peculiare e originalissimo modello lombardo di Servizio Socio-Sanitario Regionale.

Nel 2021, anno in cui stiamo cercando di uscire dalla batosta epidemica, in Lombardia ci troviamo quindi di fronte ad un'incombenza, meglio un'opportunità, unica: ridisegnare l'impostazione e l'organizzazione del nostro Servizio Socio-Sanitario Regionale, "istruiti" dal Covid, sostenuti dalle misure politico-economiche straordinarie europee-nazionali, obbligati dalla conclusione della sperimentazione quinquennale.



Proveremo ad esplorare la problematica in 3 passi:

1. Cosa dice il PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: ai medici, agli altri operatori sanitari, ai cittadini?

2. Come si sta muovendo il governo regionale a conclusione della sperimentazione quinquennale?

3. Nell'attuale "congiuntura storica", quale potrebbe essere l'orientamento dei medici bresciani?

1

Cosa dice il PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: ai medici, agli altri operatori sanitari, ai cittadini?

Il PNRR introduce novità veramente interessanti che potrebbero aprire **una nuova era per l'insieme dei servizi del territorio dell'Assistenza Primaria**. Il PNRR, infatti, prevede di agire in modo sinergico **sia sul fronte sociale che sanitario (vedi riquadro 1)**: avvia riforme e linee di azione finanziate mirate per aiutare le famiglie alla natalità-genitorialità, per supportare le persone con disabilità alla vita autonoma, per ampliare le cure domiciliari, per dare vita al piano nazionale per gli anziani non-autosufficienti in modo da raccordare previdenza-sanità-sociale.

Soprattutto, il PNRR apre la strada alla **"territorializzazione" del Servizio Socio-Sanitario**, attraverso la creazione delle **Case della Comunità**, intese come evoluzione da *attività ospedaliere* (gestione delle acuzie) a *poliambulatori* (attività sanitarie territoriali) a *case della salute* (servizi sanitari-sociali vicino ai luoghi di vita) a *case della comunità* (persone-comunità partecipano per promuovere salute). Si prevede cioè di coinvolgere in una progettualità comune, contestualizzata alle peculiarità di ciascuna comunità locale, le diverse anime dell'Assistenza Primaria:

- ✓ **i professionisti**: medici e pediatri di famiglia, specialisti ambulatoriali, infermieri di comunità, professionisti della salute (ostetriche, psicologi, terapisti della riabilitazione...), assistenti sociali;
- ✓ **i servizi**: attività di promozione-prevenzione della salute della comunità, continuità assistenziale, punto prelievi, servizi per anziani organizzati secondo le caratteristiche della comunità;
- ✓ **il punto unico di accesso** alle prestazioni sanitarie (ad esempio le visite specialistiche ambulatoriali), alle valutazioni multidimensionali per anziani e disabili, ai servizi per la tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari;
- ✓ **i Comuni**, sia per quanto riguarda i servizi alla persona sia per tutte le altre funzioni comunali che, comunque, sono di rilievo per la salute (viabilità, abitabilità, licenze esercizi ristorazione, attività culturali-ricreative...);

- ✓ **tutte le altre entità**, formali e informali, culturali, ricreative, sportive, associative, del volontariato, quali potenziali attori alleati nella promozione della salute.

Le premesse per un possibile sviluppo dell'Assistenza Primaria ci sono. Tuttavia, come ovvio, per quanto articolato e complesso possa essere, il PNRR lascia molte aree grigie: mentre le riforme previste potrebbero essere un'occasione straordinaria di ridisegnare la cornice organizzativo-istituzionale dell'Assistenza Primaria, gli investimenti sono orientati prevalentemente a finanziare strutture e strumentazioni. Per sua natura, il PNRR non può finanziare spese correnti, come gli stipendi degli operatori; sarà quindi necessaria una precisa volontà politica per rimpiazzare, o meglio incrementare, le risorse umane "tagliate" negli ultimi anni. Peraltro, va anche finanziata la formazione di un numero crescente di professionisti, vista l'attuale grave carenza: medici e infermieri in primis, ma anche figure con competenze per facilitare e guidare il nuovo processo di "territorializzazione" del Servizio Socio-Sanitario.

RIQUADRO 1

Terminologia adottata dal PNRR e sezioni di interesse per salute-benessere

Il PNRR si articola in **6 "Missioni"**, - suddivise in **16 "Componenti"**, funzionali a realizzare gli obiettivi economico-sociali definiti nella strategia del Governo.

- Le *Componenti*, a loro volta, si articolano in **43 "Ambiti di intervento"** per progetti omogenei e coerenti e per ciascuna *Componente* possono essere previste:

- **"Linee di investimento"**, ovvero finanziamenti destinati;
- **"Riforme settoriali"**, ovvero iniziative normative di ridefinizione della corrispettiva area (che non comportano spese aggiuntive).

Sezioni del PNRR di interesse per salute-benessere

"Missione 5 - Inclusione e coesione sociale", in particolare con la componente:

- **"Infrastrutture sociali, Famiglie, Comunità e Terzo Settore"**, che mira a valorizzare la dimensione "sociale" delle politiche sanitarie, urbanistiche,

abitative, dei servizi per l'infanzia, per gli anziani, per i soggetti più vulnerabili; prevede:

- le *Riforme*:
 - "Family act"
 - Riforma legislativa organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti
 - Legge quadro sulla disabilità
- gli *Investimenti* per:
 - Piano per asili nido e scuole dell'infanzia e servizi di educazione e cura per la prima infanzia
 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti
 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità
- Housing* temporaneo e stazioni di posta
 - Progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale

"**Missione 6 - Salute**", con le componenti:

- "**Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale**" che prevede:

- la *Riforma*
 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima
- gli *Investimenti*
 - Case della Comunità e presa in carico della persona
 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina
 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

e "**Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio nazionale**", che prevede:

- la *Riforma*
 - Riorganizzare la rete degli Istituti di Ricerca e cura a carattere scientifico (IRCCS)
- gli *Investimenti* per "**Aggiornamento Tecnologico e digitale**"
 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile
 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione
- gli *Investimenti* per "**Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico**"
 - Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
 - Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

2

Come si sta muovendo il governo regionale a conclusione della sperimentazione quinquennale?

Il Ministero della Salute, nel dicembre 2020, a fine sperimentazione, trasmettendo la relazione di verifica dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), ha prescritto di introdurre entro 120 giorni precise misure di riallineamento del modello regionale lombardo ai criteri normativi nazionali (**Vedi Riquadro 2**).

La prescrizione ministeriale dava indicazione di **assegnare alle sole ASST**, anziché alle ATS, sia le attività di "**produzione diretta**" dei servizi ospedalieri e territoriali, sia di **programmazione e coordinamento di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, relative al proprio bacino territoriale**. Prescriveva in tal senso anche di **istituire quali articolazioni delle ASST, riaccorpandone tutte le funzioni, il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale ed i Distretti Socio-Sanitari**, indicando peraltro come vincolante la figura del Direttore di Distretto.

Di fatto quindi il Ministero prescriveva a Regione Lombardia di rivedere radicalmente la ripartizione di funzioni tra ATS e ASST sperimentale e, tra i suggerimenti migliorativi, indicava **l'opportunità di costituire solo una ATS unica regionale**.

Solo oltre il termine dei 120 giorni, anche a causa dell'ondata epidemica concomitante, la Giunta Regionale Lombarda, con le deliberazioni 4811 del 31 maggio e 5086 del 22 luglio, ha dato il via all'iter legislativo di revisione del SSR accogliendo sia le indicazioni vincolanti del Ministero, sia i contenuti della "**Missione 6 - Salute**" del PNRR.

A fronte del recepimento formale delle prescrizioni-indicazioni nazionali, nelle delibere della Giunta Lombarda appaiono alcuni elementi contraddittori, che mostrerebbero un orientamento regionale verso il mantenimento nella sostanza dell'assetto istituzionale-organizzativo avviato con la sperimentazione (**vedi Riquadro 2**).

Alcuni esempi:

- ✓ anziché collocare il Dipartimento Prevenzione nell'ASST, si mantengono sdoppiate le funzioni tra "Dipartimento Funzionale di Prevenzione" presso l'ASST con compiti "erogativi" e ATS, responsabile della "programmazione delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST";
- ✓ ripetutamente e in numerosi articoli si prevede di assegnare al privato, in modo paritetico rispetto al pubblico, funzioni di ricerca, programmazione, pianificazione e gestione complessiva di intere reti di servizi (es. Casa della Comunità), anziché confermare il ruolo di governo locale dell'ASST;
- ✓ si prevede che le Case della Comunità, anziché sostituire i PreSST, siano collocate al loro interno come loro articolazioni; analogamente, anche gli Ospedali di Comunità, vengono previsti come articolazioni dei POT.

RIQUADRO 2

Prescrizioni del Ministero della Salute sulla base della Relazione AGENAS

(dicembre 2021 - a conclusione della sperimentazione quinquennale del Modello di Servizio Sanitario Lombardo)

"[...] si rende necessario porre in atto le seguenti prescrizioni:

- Istituire i Dipartimenti di Prevenzione, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione.
- Istituire i Distretti, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali, prevedendo un adeguato coinvolgimento dei sindaci.
- Istituire i Dipartimenti di Salute Mentale, costituiti quali articolazioni delle ASST, con il compito di gestire la domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio di riferimento.
- Istituire la figura del Direttore di Distretto, selezionato ai sensi della normativa vigente.
- Assegnare alle ASST l'attuazione degli atti di indirizzo, di pianificazione e di programmazione regionali con le connesse attività di programmazione ed organizzazione dei servizi a livello locale, sulla base della popolazione di riferimento.

[...] indicazioni che rappresentano un suggerimento migliorativo utile per coadiuvare al nuovo modello organizzativo del Sistema Sociosanitario Lombardo [estratto]:

- *Costituire un'ATS unica [...] con il compito di coordinamento delle ASST e supporto nel miglioramento dei processi tecnico amministrativi e di organizzazione sanitaria e sociosanitaria ed infine con l'incarico tecnico di supporto alla programmazione regionale (valutazione epidemiologica, analisi, dati, informazioni, supporto tecnico per l'adozione di provvedimenti regionali). [...]"*

Indicazioni deliberate dalla Giunta Regionale della Lombardia

(DGR 4811 del 31/05/21

e 5068 del 22/07/21)

a seguito delle prescrizioni del Ministero della Salute e del PNRR

Nelle deliberazioni della Giunta Regionale appaiono accolte sia le indicazioni vincolanti del Ministero (non quelle raccomandate) sia i contenuti della "Missione 6 – Salute" del PNRR; tuttavia, l'assetto istituzionale-organizzativo avviato sperimentalmente con la legge 23/2015, appare nella sostanza non modificato, in particolare perché prevede i seguenti aspetti:

- Ripetutamente e in numerosi articoli si prevede di assegnare al privato, in modo paritetico rispetto al pubblico, funzioni di ricerca (anche sui modelli istituzionali-organizzativi e di governance del SSR), programmazione, pianificazione e gestione complessiva di intere reti di servizi (es. Casa della Comunità); tali formulazioni sminuirebbero radicalmente la possibilità per l'ASST di svolgere il ruolo di governo locale prescritto.
- Anziché collocare il Dipartimento Prevenzione nell'ASST, si prevede di mantenerne sdoppiate le funzioni tra "Dipartimento Funzionale di Prevenzione" presso l'ASST con compiti "erogativi" mentre alle ATS viene affidata la funzione di "programmazione delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST.
- Si prevede che il Distretto abbia dimensione "non inferiore a" anziché "di circa" 100.000 abitanti, lasciando quindi la possibilità di mantenere gli attuali Distretti di grandissima dimensione. Ciò snaturerebbe la mission fondamentale del Distretto.
- Si prevede di collocare le Case della Comunità all'interno e come articolazione dei PreSST; in questo modo si snatura completamente il sen-

so di quanto previsto dal PNRR sul ruolo della Casa della Comunità (che dovrebbe accorpate tutte le precedenti forme di presidio territoriale e uniformare i meccanismi di coordinamento locale, attivando peraltro le risorse comunitarie "extra-sanitarie") e si articolano numerosi livelli di coordinamento, rendendone probabilmente problematica la gestione.

- Discorso analogo vale per gli Ospedali di Comunità, che la PDL prevede come articolazioni dei POT.
- La catena di comando-governo-coordinamento prevista dal PDL appare particolarmente lunga e articolata e di problematico funzionamento: prevede infatti plurimi livelli decisionali "a cascata" (Assessorato > Agenzie regionali > ATS > ASST > Polo territoriale > Distretto > PreSST > Casa della Salute) e "a intreccio" (Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive - Comitato di indirizzo cure primarie - Comitato di rappresentanza delle professioni sanitarie - ...).
- Non si esplicitano precisi meccanismi di collegamento-cooperazione con i Comuni, in particolare per i servizi assistenziali e per le funzioni che possono incidere sulla salute dei singoli e della comunità.

3

Nell'attuale "congiuntura storica", quale potrebbe essere l'orientamento dei medici bresciani?

L'Ordine dei Medici di Brescia, nella primavera scorsa, ha attivato un gruppo di lavoro¹ con l'incarico di produrre documenti utili alla discussione per la revisione del SSR sulla base della valutazione dei bisogni delle tre principali tipologie di assistiti: bambini e ragazzi, persone con problematiche di salute croniche, anziani fragili.

Per ciascuna tipologia il gruppo di lavoro ha sintetizzato alcune osservazioni, "puntando a che le persone siano meglio accompagnate, assistite e curate lungo la loro vita, nella prevenzione e nella salvaguardia della salute propria e delle comunità in cui vivono con:

¹ Gruppo composto da Nicola Bastiani, Luciano Corda, Roberto Gorla, Giovanni Gozio, Gianbattista Guerrini, Fulvio Lonati, Ornella Moretti, Erminio Tabaglio, Umberto Valentini.

- ✓ *l'investimento in salute sin dall'infanzia e nell'adolescenza (vedi riquadro 3);*
- ✓ *la continuità delle cure alle persone con malattie croniche per prevenire le complicanze e le limitazioni dell'autonomia (vedi riquadro 4);*
- ✓ *la tutela della salute e del benessere degli anziani fragili e l'assistenza agli anziani non autosufficienti ed alle loro famiglie" (vedi riquadro 5).*

RIQUADRO 3

AREA PEDIATRICA

Valutazioni e proposte formulate dal Gruppo di Lavoro Ordine dei Medici di Brescia

Nelle linee di sviluppo della delibera regionale [4811 del 31/5/2021] non viene citata né l'area materno-infantile-adolescenziale, né la prevenzione attraverso il sostegno della genitorialità. Si ritiene invece che bambini e adolescenti, con le loro famiglie, presentino diversi e specifici bisogni:

- Monitoraggio e assistenza ai bambini e agli adolescenti quando sono sani per formarli alla salute-benessere oltre che per prevenire patologie (peraltro con un modello che, chiaramente applicabile nell'età evolutiva, è da esportare a tutte le altre fasi della vita);
- Sostegno alla genitorialità, anche a domicilio, con figure professionali competenti;
- Assistenza alle famiglie e formazione alla salute-benessere nel contesto delle proprie comunità, con il supporto sinergico dei vari attori coinvolti nell'assistenza e nell'educazione (Consultorio Familiare, Pediatra di Famiglia, Scuola, Aggregazioni);
- Azioni mirate all'integrazione dei bambini stranieri-figli di stranieri;
- Supporti mirati specificamente agli adolescenti;
- Un efficiente passaggio di consegne tra PLS e MMG.

Perché siano soddisfatti tali bisogni si ritiene necessario che la nuova Legge Regionale preveda specificamente di investire su bambini-adolescenti, e sulle loro famiglie, con:

- La valorizzazione di PLS e dei Consultori Familiari:
 - integrandoli tra di loro e nel sistema Distretto-Case della Comunità,
 - assegnando loro anche l'obiettivo di formare alla salute-benessere;
- L'attivazione di figure professionali competenti nel sostenere la genitorialità, prevedendo anche interventi domiciliari;

- L'interazione sistematica, tramite la facilitazione-proazione del sistema Distretto-Case della Comunità, tra genitori - Pediatri di Famiglia - Consulteri Familiari - mondo della scuola - aggregazioni locali (oratori, centri sportivi, associazioni, ...);
- Azioni specifiche finalizzate a:
 - Integrare i bambini stranieri-figli di stranieri,
 - Seguire-supportare gli adolescenti,
 - Garantire il passaggio di consegne tra PLS e MMG.

RIQUADRO 4

PRESA IN CARICO DELLE CRONICITÀ

Valutazioni e proposte formulate dal Gruppo di Lavoro Ordine dei Medici di Brescia

Si ritiene che i bisogni delle persone affette da patologie croniche siano i seguenti:

- essere supportati dagli operatori sanitari (MMG, Infermiere di Famiglia e Comunità, Farmacista, ...) nel prendere consapevolezza dei propri fattori di rischio e delle proprie condizioni di salute e nell'adozione di adeguati stili di vita;
- essere seguiti nel tempo, in modo appropriato ed efficace, con l'obiettivo di prevenire le complicanze;
- avere una figura di riferimento che garantisca la presa in carico, la ricomposizione dei diversi interventi specialistici e la continuità della cura;
- avere un accesso agevole alle visite e alle indagini specialistiche necessarie, mantenendo la libertà di scelta;
- essere supportati nell'aderenza terapeutica.

Perché siano soddisfatti tali bisogni si ritiene necessario che la nuova Legge Regionale preveda che:

- le attività non siano valutate solo in termini quantitativi (numero di prestazioni erogate), ma anche qualitativi (risultati di salute a medio-lungo termine), nella logica dell'accountability;
- il MMG sia l'unico referente per tutti i pazienti con problematiche croniche, ad eccezione di assistiti con necessità "super-specialistiche" (trapiantati, dializzati, ventilati, ...) ed operi elettivamente in aggregazioni territoriali;
- nella Casa della Comunità:
 - sia favorito il costante confronto tra gli operatori sanitari territoriali, collocati in un unico sistema afferente all'ASST (Medici delle Cure Primarie, Infermiere di Famiglia e Comunità,

Medici Specialisti Ambulatoriali, altri operatori sanitari territoriali) e gli operatori sociali territoriali,

- vengano effettuate le visite e indagini specialistiche definite dal Piano Assistenziale Individuale (PAI) di più frequente utilizzo (cardiologica, diabetologica, pneumologica, di laboratorio, ...),
- vengano promosse attività di educazione terapeutica e agli stili di vita per singoli e per gruppi, correlata al processo di "Presa in Carico",
- sia attivata un'unica cartella condivisa o un sistema di comunicazione tra gli eventuali vari software attivi,
- sia prevista la presenza stabile del volontariato organizzato;
- al Distretto compete:
 - il governo della rete dei servizi distrettuali,
 - la definizione dei rapporti tra i diversi attori (cure primarie, specialistica ambulatoriale, presidi ospedalieri, servizi socio-sanitari, servizi sociali e reti informali),
 - l'attivazione della Centrale Operativa Territoriale (COT);
- le Aziende ospedaliere e le strutture ospedaliere private e tutti gli erogatori sanitari accreditati sottoscrivano obbligatoriamente, con l'ASST nel cui territorio operano, protocolli per l'accesso facilitato alla specialistica ambulatoriale delle persone con patologia cronica;
- sia attivata una modalità organizzativa che permetta la fluidità di partecipazione sul territorio da parte degli specialisti ambulatoriali, sia con presenza nelle Case della Salute e/o nelle sedi dei gruppi di MMG organizzati, sia con servizi di teleconsulto, televisita e telemedicina.

RIQUADRO 5

PRESA IN CARICO DEGLI ANZIANI FRAGILI

Valutazioni e proposte formulate dal Gruppo di Lavoro Ordine dei Medici di Brescia

Si ritiene che i bisogni delle persone anziane fragili e/o non autosufficienti siano i seguenti:

- un Punto Unico di Accesso, PUA, che offra al cittadino tutte le informazioni necessarie per orientarsi ed accedere ai diversi servizi, provvedimenti, supporti anche economici, di natura sanitaria, socio-sanitaria e sociale;
- la valutazione multidimensionale della persona che accede alla rete dei servizi, funzione non di natura burocratico/autorizzativa ma di aiuto

all'assistito e alla sua famiglia nel progettare il proprio percorso e ad agire in modo consapevole e non solo formale la libertà di scelta;

- il monitoraggio e l'accompagnamento nel percorso assistenziale, a garanzia della continuità assistenziale (case management);
- le visite e indagini specialistiche di più frequente utilizzo (cardiologica, diabetologica, pneumologica, di laboratorio, ...) e il costante confronto/integrazione tra MMG e medici specialisti;
- servizi di telemedicina e del telecontrollo;
- servizi domiciliari sia di natura sanitaria (ADI, Misura 4, Misura 1) che sociale (SAD) tra loro integrati e di dimensioni e intensità più adeguate;
- percorsi di accesso e dimissione ospedaliera preferenziali e supportati (ammissioni protette e dimissioni protette), anche mediante unità/servizi di pronto soccorso e di ricovero che garantiscono un approccio geriatrico.

Perché siano soddisfatti tali bisogni si ritiene necessario che la nuova Legge Regionale preveda che:

- alla Casa della Comunità competano, per ciascun assistito, il governo degli accessi, la valutazione multidimensionale e l'individuazione dell'eventuale *case manager*: funzioni non delegabili ai soggetti erogatori della rete, anche se è possibile avvalersi delle competenze professionali messe a disposizione dalle articolazioni della rete (sanitaria, socio-sanitaria e sociale) stessa;
- al Distretto competano:
 - il governo della rete dei servizi distrettuali,
 - la definizione dei rapporti tra i diversi attori (cure primarie, specialistica ambulatoriale, presidi ospedalieri, servizi socio-sanitari, servizi sociali e reti informali),
 - l'attivazione della Centrale Operativa Territoriale (COT);
- siano definiti gli obiettivi di potenziamento dei servizi domiciliari sia in senso quantitativo che qualitativo (superamento di un modello puramente prestazionale, assunzione del modello della *care* multidimensionale, effettiva integrazione tra gli interventi sanitari e quelli socio-assistenziali);
- le Aziende ospedaliere e le strutture ospedaliere private sottoscrivano obbligatoriamente, con l'ASST nel cui territorio operano, protocolli per:
 - dimissioni e ammissioni protette,
 - organizzazione del Pronto Soccorso con OBI-Osservazione Breve Intensiva geriatrica,
 - attivazione di reparti e/o servizi geriatrici,
 - accesso facilitato degli anziani fragili alla specialistica ambulatoriale.

Le linee guida individuate

Sulla base delle valutazioni e proposte formulate in relazione alle tre tipologie di assistiti analizzate, il Gruppo di Lavoro ha individuato le seguenti linee di sviluppo ritenute rilevanti per il rinnovamento del modello di Servizio Socio-Sanitario della nostra Regione, riportate quale conclusione di questo contributo.

1. Dare concreta attuazione alla riattivazione dei Distretti Socio-Sanitari e delle Case della Comunità:

- ✘ indicare esplicitamente la tempistica del processo di riattivazione dei Distretti e delle Case della Comunità, comunque entro un arco temporale inferiore ai due anni;
- ✘ definire i bacini territoriali dei Distretti sulla base delle esperienze positive messe in atto prima della Legge Regionale 23/2015 e degli attuali ambiti territoriali dei Piani di Zona;
- ✘ definire chiaramente che i Distretti Socio-Sanitari afferiscono alle ASST.

2. Precisare il ruolo del Distretto Socio-Sanitario quale dispositivo organizzativo cui compete il coordinamento della rete dei servizi distrettuali e in cui:

- ✘ è presente un direttore di Distretto;
- ✘ si definisce la programmazione socio-sanitaria e socio-assistenziale integrata distrettuale, sulla base della lettura epidemiologica integrata dei bisogni della comunità locale, mediante la concertazione tra i rappresentanti dei Comuni e il Direttore di Distretto, sentiti i rappresentanti di tutti i soggetti che operano nel territorio;
- ✘ si integrano le risorse sanitarie con quelle socio-sanitarie e socio-assistenziali e si definiscono i rapporti tra i diversi attori (cure primarie, specialistica ambulatoriale, presidi ospedalieri, servizi socio-sanitari, servizi sociali e reti informali);
- ✘ si allocano le risorse umane, infrastrutturali ed economico-finanziarie, con particolare riferimento alla dotazione delle Case della Comunità;

- ✗ si attiva la Centrale Operativa Territoriale (COT);
- ✗ si definiscono gli obiettivi attesi dal sistema dei servizi distrettuali.

3. *Precisare la funzione della Centrale Operativa Territoriale (COT) del Distretto:*

- ✗ con punti fisici presso ogni Casa della Comunità e con possibilità di accesso digitale;
- ✗ strutturata in modo da facilitare per il cittadino:
 - l'accesso ai diversi servizi sanitari, socio-sanitari e sociali (ambulatoriali e domiciliari, semiresidenziali, residenziali), in modo coordinato alle attività dei Punto Unico di Accesso (PUA) collocato nelle Case della Comunità;
 - la presa in carico dei malati cronici;
 - la continuità di cura nei passaggi tra territorio e ospedale.

4. *Precisare territorializzazione e funzioni delle Case della Comunità (CdC):*

- ✗ territorializzazione:
 - almeno una CdC ogni 50.000 abitanti, ciascuna con un proprio territorio elettivo di afferenza (con possibilità di attivare CdC per territori di minore dimensione, anche valorizzando aggregazioni di servizi e/o di MMG già attivi);
 - sede del coordinamento del Distretto collocata nella CdC più grande;
- ✗ Funzioni, da declinare in relazione alla dimensione della CdC e alle caratteristiche del territorio:

- Promuovere e supportare il costante confronto tra gli operatori sanitari territoriali, collocati in un unico sistema afferente all'ASST (Medici delle Cure Primarie, Infermieri di Famiglia e Comunità, Medici Specialisti Ambulatoriali, altri operatori sanitari territoriali) e gli operatori sociali;
- Garantire la risposta a ciascun singolo cittadino (direttamente o attraverso l'attivazione ed il coordinamento delle diverse articolazioni della rete) con:
 - ✓ Visite e indagini specialistiche "di base" (cardiologica, diabetologica, oculistica, pneumologica, geriatrica, fisiatrica), specie se correlate alla "Presa in Carico del Cronico";
 - ✓ Attività o punto prelievi;
 - ✓ Articolazione territoriale del Dipartimento di Prevenzione (vaccinazioni, ...), del Consultorio Familiare, del Dipartimento di Salute Mentale, dei servizi di prevenzione e cura per le dipendenze, dell'assistenza protesica;
 - ✓ PUA - Punto Unico di Accesso (PUA) per informazione/orientamento (possibile anche per via telematica);
 - ✓ Valutazione multidimensionale, supporto della persona nella pianificazione complessiva per l'accesso ai servizi della rete socio-sanitaria e sociale e accompagnamento nel percorso assistenziale a garanzia della continuità assistenziale (case management);
 - ✓ Scelta e revoca del medico e altri servizi amministrativi e medico-legali;
- Realizzare attività di educazione terapeutica e agli stili di vita per singoli e per gruppi, specie se correlata alla "Presa in Carico del Cronico";
- Adottare modalità di lavoro per intercettare presso le CdC i problemi sanitari emergenti, prevenendo l'accesso improprio al pronto soccorso e ai livelli specialistici;
- Valorizzare la presenza stabile del volontariato organizzato;
- Avvalersi di un'unica cartella condivisa o di un sistema di comunicazione tra gli eventuali vari software attivi.



5. *Proposte per il contesto bresciano*

- ✘ Definire i bacini territoriali dei Distretti della provincia di Brescia sulla base della precedente articolazione in 12 distretti dell'ex ASL di Brescia, coincidente con gli attuali ambiti territoriali dei Piani di Zona, già chiaramente radicata e riconosciuta dalla popolazione, dagli amministratori e dagli operatori sanitari;
- ✘ Valutare con particolare attenzione l'attribuzione e l'articolazione distrettuale del territorio della Valcamonica, sentiti con attenzione gli stakeholder locali;
- ✘ Prevedere che, nella prevedibile trasformazione degli Spedali Civili di Brescia in Azienda Ospedaliera (togliendo quindi all'ASST la diretta afferenza di un "ospedale della città e dell'hinterland"), questa AO sia tenuta a sottoscrivere obbligatoriamente con l'ASST di Brescia protocolli (orientati in particolare ai cittadini della città e dell'hinterland di Brescia) per:
 - dimissioni e ammissioni protette;
 - organizzazione del Pronto Soccorso con OBI-Osservazione Breve Intensiva geriatrica;
 - attivazione di reparti e/o servizi geriatrici;
 - accesso a visite e indagini specialistiche ambulatori facilitato per i malati cronici e per gli anziani fragili. ●

Il Libro Azzurro per la riforma delle cure primarie in italia

Alice Cicognani e Viviana Forte

*Campagna Italiana Primary Health Care
Now or Never*

A syndemic approach provides a very different orientation to clinical medicine and public health by showing how an integrated approach to understanding and treating diseases can be far more successful than simply controlling epidemic disease or treating individual patients¹

Inizia a diffondersi il nuovo coronavirus in Italia e il sistema sanitario, in particolare quello territoriale, si scopre inadeguato di fronte a quella che alcuni esperti hanno definito una *sindemia*: una pandemia virale che agisce in un contesto già malato. Già da tempo sono note le ragioni che rendono necessaria e non più rimandabile una riforma del sistema di Cure Primarie in Italia e più in generale dell'organizzazione dei servizi di salute. In primis, la transizione demografica determinata dal passaggio della popolazione da un regime demografico tradizionale ad uno moderno, dove a bassi tassi di natalità corrispondono bassi tassi di mortalità. Si assiste inoltre ad un progressivo impoverimento delle reti familiari e informali

¹ Horton R., COVID-19 is not a pandemic, September 26 2020.

I principi pre-operativi (B)

1. Territorializzazione

- L'approccio territoriale
- Il modello relazionale
- La formazione e declinazione della territorializzazione a più livelli
- L'organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali: il Distretto, la Casa della Comunità e la Microarea

2. Partecipazione della comunità

- Aprire i servizi al territorio
- Conoscere territorio e comunità
- Comunanza di strumenti e strategie per la salute della comunità
- Operatori formati e motivati per lavorare nelle Cure Primarie
- I luoghi "strategici" della comunità
- Interventi basati sulle evidenze e sulle buone pratiche locali

3. Governance e Coordinamento in Cure Primarie: politiche adattative e educazione permanente

- Decentralizzare per rispondere meglio agli specifici territori
- Politiche adattative come strumento di governance
- Ricerca, formazione e educazione permanente

TABELLA 1: Le proposte del Libro Azzurro: i principi pre-operativi

1. Territorializzazione: lavorare per la salute di una popolazione necessita di agire *nel/sul/col* territorio, inteso sia come spazio fisico che come comunità di persone che vivono un certo spazio.

2. Partecipazione della comunità: la partecipazione è riconoscimento delle diversità, di bisogni e di risorse, di educazione alla libertà, alla responsabilità, alla democrazia.

Generare salute è attività politica, che riguarda tutta la popolazione e la sua partecipazione è un processo indispensabile per l'efficacia delle cure e dell'assistenza, come anche per la sostenibilità del sistema.

3. Governance e Coordinamento in Cure Primarie: politiche adattative e educazione permanente: la riorganizzazione dei servizi territoriali in ottica di PHC necessita di una

profonda ristrutturazione delle strategie e metodologie di pianificazione-gestione-valutazione-qualificazione delle reti assistenziali, attraverso un approccio integrato, centrato sulla salute, multisettoriale e legato alle risorse presenti in ogni territorio. Pertanto la gestione deve essere decentralizzata e accompagnata da una valorizzazione delle reti assistenziali territoriali già esistenti e dall'istituzione di un coordinamento intersettoriale e partecipativo.

Gli elementi strutturali e i cardini operativi (C)

4. Potenziamento del Distretto Sociale e Sanitario

- Il Distretto in una cornice istituzionale organizzativa vincolante
- Distretto Sociale e Sanitario agente della territorializzazione
- Il territorio del Distretto Sociale e Sanitario
- I "partner" del Distretto Sociale e Sanitario
- Il Distretto digitale

5. Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

- Casa della Comunità "che accoglie"
- Casa della Comunità "dotata"
- Casa della Comunità come "costruzione sociale e nuovo welfare generativo"
- Casa della Comunità "sostenibile"
- Casa della Comunità "partecipata"
- Casa della Comunità che "territorializza"
- L'Osservatorio della Casa della Comunità
- L'approccio interprofessionale e proattivo della Casa della Comunità
- Casa della Comunità "connessa anche tecnologicamente"
- Governo della Casa della Comunità

6. Domiciliarità e Cure Intermedie

- L'espansione delle Cure Intermedie
- L'alta densità di cura generalista
- Capacitare le risorse informali dell'assistenza domiciliare
- Equipe multidisciplinari per la multidimensionalità del bisogno domiciliare
- Curare le dimensioni organizzative della domiciliarità

TABELLA 2: Le proposte del Libro Azzurro: gli elementi strutturali e i cardini operativi

4. Potenziamento del Distretto Sociale e Sanitario: è necessario dare applicazione a quanto la normativa nazionale ha progressivamente precisato in merito al ruolo e all'organizzazione del Distretto, superando le criticità attuali, in parte determinate da un'applicazione incompleta e diversificata tra le Regioni (scarso coordinamento tra "sanitario" e "sociale", poco lavoro in *equipe* interprofessionali, il persistere di un modello prettamente "sanitario" rispetto ad un modello di "salute", scarso utilizzo delle nuove potenzialità tecnologiche, ecc.).

5. Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità: un cambiamento non solo organizzativo, ma soprattutto culturale, che prevede il passaggio da un approccio centrato sulla patologia a uno centrato sulla salute. Una Casa della Comunità che metta al centro le comunità con i suoi bisogni e con le sue risorse; occasione permanente di "costruzione sociale", motore e punto di riferimento di un "nuovo *welfare* generativo", luogo di tutela e promozione della giustizia sociale e dell'equità nell'accesso a diritti di base quali la salute. Non in ottica di accentramento e quindi allontanamento dal territorio, ma capace di compensare e favorire l'accessibilità alle cure anche per i lontani. La Casa della Comunità dialoga continuamente con il suo territorio di riferimento, ulteriormente suddiviso in *microaree*, dove svolge un'azione di promozione, supporto culturale e logistico delle attività progettate e svolte nelle singole *microaree*.

6. Domiciliarità e Cure Intermedie: l'espansione del comparto intermedio di salute rappresenta la risposta adeguata alla mancanza di una rete di servizi che supporti territorio e ospedale nella gestione integrata dei pazienti cronici, complessi e vulnerabili.

La cornice formativa e di ricerca (D)

7. La cornice formativa e di ricerca

- Riconoscimento accademico
- Il Dipartimento interdisciplinare di PHC per percorsi comuni tra figure professionali
- Curricula con una base comune
- Il setting di insegnamento
- L'architettura dell'insegnamento

TABELLA 3: Le proposte del Libro Azzurro: la cornice formativa e di ricerca

7. Formazione e ricerca in Cure Primarie: la formazione riguarda tutte le professioni della salute coinvolte nelle Cure Primarie. In particolare, WONCA Europe nel 2011 definisce la Medicina Generale di Famiglia una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle Cure Primarie. In una logica di PHC, tali indicazioni possono orientare la formazione di tutti i professionisti che lavorano nelle Cure Primarie. Il Libro Azzurro: prospettive
La prima versione de Il Libro Azzurro resta aperta alla partecipazione e si pone come strumento di dialogo, riflessione e cambiamento per il rinnovamento delle Cure Primarie, con una necessaria attenzione ai singoli contesti e agli specifici territori. Affinché i singoli e le organizzazioni che lo vorranno possano partecipare al progetto da protagonisti, messi nella condizione di partecipare-influire, si propone di far nascere un "accordo-alleanza-patto", anche a termine, tra chi intende promuovere "la riforma delle Cure Primarie in Italia" secondo i contenuti già espressi nel Libro Azzurro, che da subito, è possibile [sottoscrivere](#) e commentare. ●

La Casa della Comunità: semplice vernice nominalistica o nuova dimensione sociale e professionale della salute?

A cura di *Associazione Prima la Comunità*

L'idea progettuale della Casa della Comunità è oggi diventata un cardine del futuro assetto territoriale dei servizi per la salute. È entrata nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) come scelta cardine per gli investimenti nei servizi territoriali, evidenziando in tal modo una necessità profonda di ricomposizione dei bisogni e delle risorse che vengono introdotte nella comunità. Il tema di fondo è quello di una diversa visione della salute come progetto globale di una collettività, punto fondamentale di garanzia per il benessere che è fisico, sociale, psicologico, culturale e spirituale così come recita l'OMS nella sua definizione del 1986 (Dichiarazione di *Octawa*) da costruire laddove le persone vivono, lavorano, amano, si relazionano (Shanghai 2016). L'esperienza pandemica ha evidenziato come non più rinviabile questo impegno di ricomposizione sia in sede sociale dove spesso istituzioni e soggetti diversi agiscono in modo frammentato e senza confronto, sia in senso verticale perché una visione unitaria della salute richiede connessioni tra livelli diversi tutti proiettati ad un unico fine, quello della salute appunto. L'OMS già nel 1978 (con la dichiarazione di Alma Ata sulle Cure primarie) aveva sollecitato a considerare la comunità come *unicum* dove a servizi di

base, fondamentali, si affiancassero servizi integrativi come quelli specialistici e di ricovero. Un approccio inedito soprattutto per la necessità di ricomporre i diversi contributi attorno a valori condivisi andando oltre logiche mercantili e prestazionistiche. Questo Contributo è espressione del lavoro di ricerca e sperimentazione che l'Associazione "Prima la Comunità", che è nata con l'obiettivo di proporre innovazione in tema di *welfare*, nella consapevolezza che la **lotta alle disuguaglianze e l'attenzione ai più deboli** passa da qui: non basta la buona volontà, la sola testimonianza, occorre proporre soluzioni coraggiose che anche la pandemia ha dimostrato essere necessarie, pena la stessa sopravvivenza del sistema sanitario pubblico, universalistico e solidaristico che, tra l'altro, ha già potenti nemici. Si tratta di ricerca e sperimentazione che abbiamo condotto negli ultimi tre anni (iniziando ancora prima dello scoppio della pandemia) chiamando a collaborare le professioni che ruotano intorno al *welfare*, le Università e qualificati Centri di Ricerca del nostro Paese, confrontandoci anche con esperienze internazionali.

Stiamo lavorando con i nostri associati:

- oltre una **sessantina di Organizzazioni** su tutto il territorio italiano dal Trentino

alla Sicilia (di livello nazionale come Acli, Cittadinanzattiva, Euricse, Associazione Infermieri di famiglia e di comunità, e di livello locale che operano in territori spesso difficili prendendosi cura di quelli che Papa Francesco definisce “gli scarti”);

- quasi un centinaio di persone, giuristi, economisti, sociologi, architetti, imprenditori, professionisti della sanità e del sociale, cittadini.

Le esperienze sono state raccolte in un libro “La salute cerca casa: manifesto per una comunità protagonista del proprio benessere” (siamo nel gennaio 2019, prima della pandemia ma già consapevoli che non ci si salva da soli e che non bastano delle buone prestazioni sanitarie a risolvere i problemi di salute della comunità). Nel libro sono individuate diverse buone pratiche esistenti sui territori e con le quali ci siamo cimentati in un progetto di “Reti di Comunità” (*Community building*) insieme a Università e Istituti di ricerca. Partendo dalle molteplici analisi che sono state effettuate sul tema della pandemia e visti i documenti che affiorano man mano sulle soluzioni proposte dal PNRR, ci pare che emergano su tutti due termini: **salute e comunità**.

Salute perché è arrivato il momento di fare il salto di paradigma “Dalla sanità alla salute”; non stiamo dicendo nulla di nuovo perché tutti i documenti ufficiali richiamano le definizioni dell’OMS su cos’è la salute, le ripropongono nelle premesse, salvo poi perderle nelle conclusioni operative che si preoccupano esclusivamente di ingegneria organizzativa e di sistemi di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Quando parliamo di potenziare i servizi territoriali sarebbe una follia pensare semplicemente di aumentare l’offerta dei servizi sanitari. I problemi di salute richiedono un approccio alla complessità (pensiamo solo ai determinanti sociali di salute e al tema delle disuguaglianze) e non si può che partire **dai bisogni e dalle persone** e non dai servizi; questo è il fondamento delle nostre proposte e presuppone che si prendano in considerazione tutti i bisogni: fisici e psichici, sociali e di formazione, legati alla vita quotidiana e al riconoscimento del valore dell’ambiente per la salute. Tutto è in relazione, per cui la salute

umana dipende dalla salute della Terra e degli ecosistemi. Tutte le istanze si intrecciano, nel bene e nel male. Questa è la trama della realtà, non opaca e superficiale ma complessa e molto correlata a tutto. I bisogni si riconoscono solo se la **comunità** diventa protagonista del proprio progetto di salute, laddove c’è la vita concreta delle persone, dei cittadini: recuperare la prossimità con le comunità significa anche recupero della credibilità delle istituzioni. Su questi principi siamo tutti d’accordo ed è necessario agire. Abbiamo l’occasione di proporre alle nostre comunità (che ormai non si riconoscono più per la stessa storia, la stessa etnia, la stessa religione) una nuova possibile e riconoscibile identità che è quella basata sulla salute intesa come benessere globale, una identità che ha una casa propria - la casa della Comunità - (qui c’è il possessivo: **non è la casa per la comunità ma la Casa della Comunità**) quindi anche un luogo dove la partecipazione, l’esigibilità dei diritti ma anche l’esercizio della responsabilità devono essere di casa. Tra l’altro la pandemia ha creato le condizioni perché ciò avvenga se sappiamo coglierne l’occasione. Allora la salute diventa un progetto globale che si può realizzare solo nella comunità cioè nei contesti di vita a partire dal domicilio e che permette di connotare in una dimensione di domiciliarità tutte le possibili risposte in termini di protezione che le diverse fragilità possono richiedere.

Cosa dovrebbe essere la casa della comunità?

Andiamo per definizioni perché le nostre ipotesi di lavoro complete si possono trovare nel documento di progetto sul sito www.primalacomunita.it.

Se leggiamo il PNRR troviamo, secondo noi, una definizione riduttiva:

“La Casa della Comunità è una struttura fisica in cui opera un *team* multidisciplinare di MMG e PDLs, Medici specialisti, infermieri di comunità e **potrà ospitare anche assistenti sociali** (quell’**anche** ci dice che seppure tutti siamo d’accordo da diversi anni sull’integrazione socio-sanitaria non abbiamo tanta voglia di realizzarla come non l’abbiamo realizzata fino ad ora: anche qui non c’è niente di nuovo però è il momento del fare).

La Casa della Comunità è sicuramente un

luogo della **accoglienza** dove anche gli spazi fisici devono essere progettati come tali (non dell'**accesso** che sa di burocratico, anche le parole contano); è il luogo dove in modo interdisciplinare e intersettoriale si ha cura (**prendere in carico** dà il senso del peso) delle persone nella loro unicità ed unitarietà; quindi occorrono saperi specialistici ma non solo, occorre la tecnologia (specialmente le nuove modalità di telemedicina ad esempio) ma occorrono soprattutto relazioni. E come ben sappiamo la cura è relazione, all'interno della quale tecnologie e saperi sono strumenti necessari ma non sostitutivi per la sua qualità. **Non è indispensabile che sia tutto dentro quella struttura fisica (dovrebbe avere dimensioni gigantesche) ma deve essere il luogo, oltre che della prima accoglienza, della regia delle diverse forme attraverso le quali la salute viene garantita indipendentemente dal livello di autonomia delle persone.** Per fare un esempio è anche il luogo della regia di tutte le politiche e gli interventi per la non autosufficienza, perché il tema del superamento delle strutture totalizzanti cui abbiamo delegato l'assistenza e quello di una loro riconversione verso modalità più tipiche della domiciliarità e del recupero del contesto di vita originario, si possono affrontare solo nel contesto comunitario con una assunzione di responsabilità da parte della comunità stessa. Quindi una regia unica alla quale rispondono i gestori in una logica di domiciliarità allargata e protetta. In quest'ottica la Casa della Comunità è certo luogo fisico per una parte dei servizi, ma anche luogo simbolico in cui la comunità si riconosce e la abita. Senza ignorarne i possibili contenuti (sanitari, sociali, di accoglienza e di partecipazione) la casa della Comunità diventa "rete di Reti", di quell'insieme organico di strumenti e risorse che la Comunità ha definito come proprio sistema di *Welfare* (dalla scuola, alla biblioteca, alla farmacia, per fare qualche esempio) e come sua risposta in termini di solidarietà e garanzia di democrazia.

Andando per definizioni

- **Non è un poliambulatorio**, non è neanche e non solo la casa della salute;
- richiede una volta per tutte che sia definito il ruolo centrale di protagonismo degli **enti locali**;
- considera il ruolo del **terzo settore** non profit e del volontariato organizzato come coprogettatore e coprotagonista della Casa della Comunità (vedi sentenza Suprema corte 131/2020);
- richiede la centralità del **Distretto socio-sanitario** (inesistente in molte parti del paese), come struttura forte di governo dove dirigenza aziendale e sindaci condividono:
 - ✓ **la programmazione** socio-sanitaria e socio-assistenziale in dialogo con le Case della Comunità
 - ✓ **la allocazione di tutte le risorse** sanitarie e sociali alla Casa della Comunità, definendone gli obiettivi attesi ed effettuandone la valutazione;
- il **metodo di lavoro** è quello *d'equipe*, della interdisciplinarietà, della connessione di più saperi, non solamente quelli specialistici: occorrono anche figure che sappiano accogliere, informare, orientare, accompagnare, fare consulenza sulla rete dei servizi e sulle opportunità disponibili;
- la Casa della Comunità **va verso le persone, cerca chi non arriva**, non è arroccata negli uffici e negli ambulatori. Bisogni e risorse sono distribuite nel territorio e anche le risposte si costruiscono nel territorio. Non c'è una "comunità di sani" che supporta una "comunità di malati", perché ognuno come parte della comunità è allo stesso tempo "curante e curato". Si potrebbe dire che attraverso un utilizzo adeguato delle risorse in rete la comunità si "autocura"; esigenze di sicurezza tecnologica, esigenze di economie di scala ecc. definiscono articolazioni diverse delle risorse che comunque sono parte del disegno di salute della comunità (anche l'ospedale è in quest'ottica un servizio del territorio).

Al suo interno possiamo immaginare (immaginare perché stiamo costruendo qualcosa di nuovo che richiederà aggiustamenti; tra l'altro si sarebbero potuti già sperimentare se avessimo dato applicazione **al comma 4 bis, art.1 della legge 77/2020** dove ciò era previsto e finanziato):

- ✓ un gruppo di MMG e PLS (protagonisti fondamentali della Casa della Comunità) per i quali è arrivato il momento di rivedere il loro rapporto con il SSN per trovare

maggior integrazione con il resto dei servizi;

- ✓ le cure primarie con il rilancio dei consultori;
- ✓ medici specialisti;
- ✓ i servizi di prevenzione e promozione della salute;
- ✓ i servizi sociali;
- ✓ il servizio infermieristico di comunità;
- ✓ nuove figure come gli agenti di comunità o facilitatori di comunità.

È il luogo dove, interpretando il quadro dei bisogni, attraverso profili di salute non generici, la comunità insieme ai tecnici definisce il proprio **progetto di salute** per realizzare il quale si utilizzano e si portano ad **unitarietà tutte le risorse formali provenienti dalle istituzioni e quelle informali** che stanno dentro la comunità stessa, costruendo così un *budget* di comunità che supera la burocratica suddivisione per fondi. L'utilizzo poi del **budget di salute** per costruire progetti individuali/familiari diventa lo strumento operativo più efficace per personalizzare gli interventi. Solo se si fa questo passaggio si creano le condizioni per realizzare concretamente **l'integrazione tra sociale e sanitario**, affrontando problemi e soluzioni laddove questi si presentano in modo consapevole.

La scommessa è proprio quella di una visione di insieme dove le diverse professionalità si incontrano partendo da valori comuni per contribuire a costruire risposte ai bisogni. Le differenze di saperi e di competenze sono il valore fondante se si basa su un'alleanza dove il contributo di ognuno è valorizzato e complementare nella logica di rete e di lavoro di squadra.

È a questo livello che si può parlare della *Comprehensive Primary Health Care*, di un disegno unitario delle cure primarie dove a guidare le scelte sono i bisogni delle persone e non i servizi e le logiche organizzative interne. Spostare il focus dalle *performance* sanitarie alle dimensioni generali della salute, favorendo il superamento della frammentazione tra gli attori coinvolti - sia professionali che comunitari - mediante la creazione di reti assistenziali multiprofessionali, multisettoriali e multidimensionali, è questa la scommessa. Superando nella Casa della Comunità le appartenenze istituzionali ed organizzative sulla base del progetto di salute comunitaria. Questa è anche la casa del MMG, risorsa fondamentale dell'*equipe* per "andare verso i cittadini e cercare chi non arriva al servizio" in una logica di epidemiologia di comunità, approntando attraverso il lavoro di *equipe* gli opportuni interventi adeguati alla complessità dei bisogni.

PER UNA "CARTA D'IDENTITA'" DELLA CASA DELLA COMUNITA'

COSA E'

- Luogo di una **nuova identità comunitaria**
- Luogo dei **diritti di cittadinanza**
- Luogo della partecipazione e della consapevolezza **dei doveri**
- Luogo **della integrazione delle risorse** (un progetto di sistema)
- Luogo dell'accoglienza e del riconoscimento di cittadinanza e **dell'aver cura**

COSA NON E'

- Un luogo dove si erogano solo **prestazioni**
- Un luogo esclusivo della **sanità**
- Un luogo della **delega** per la soluzione dei problemi individuali
- Il luogo solo degli **"specialismi"** e della **tecnologia**
- Il luogo dell'esercizio del **potere**

E' SCHIERATA (non è neutrale)

In ordine alla *governance*

Si è detto che il Distretto è centrale per la *governance* territoriale perché in esso dialogano le Istituzioni sanitarie, gli Enti Locali, i coordinatori delle Case della Comunità, eventuali rappresentanze sociali e i soggetti del terzo settore (secondo la sentenza della Corte costituzionale del 2020) per integrare le risorse sanitarie, quelle sociali e quelle assistenziali, partendo dal profilo di comunità, si individuano le priorità, si costruisce il *budget* distrettuale di salute, si allocano le risorse umane, infrastrutturali ed economico-finanziarie da cui discendono gli obiettivi delle singole Case della Comunità.

Questa articolazione che è logistica e, soprattutto, organizzativa deve rappresentare in modo adeguato le attese della popolazione, garantirne la partecipazione e valutare i risultati di salute.

Le dimensioni previste dal PNRR (100 mila abitanti per il Distretto e 40-50 mila per la Casa della Comunità) prendiamole con la necessaria ragionevolezza: devono essere dei parametri di riferimento da adeguare ai singoli territori, non possiamo usare gli stessi numeri per una Casa della Comunità in un'area urbana e una in ambito montano.

Livelli con cui potrebbe essere governata la Casa della Comunità:

I livello. Comitato di Coordinamento

con 5 membri: 1 responsabile della Casa della Comunità, scelto di comune accordo Direttore di Distretto e Sindaco, 1 rappresentante delle professioni sanitarie, 1 rappresentante delle professioni sociali, 1 rappresentante delle istituzioni cooperanti, 1 rappresentante delle reti sociali.

II livello. Contenitori tecnico-professionali

III livello. **Assemblea delle istituzioni e dei servizi pubblici locali:** esercizio del welfare di comunità)

IV livello. **Assemblea dei cittadini**

Tracce di lavoro provando ad immaginare il futuro

1. Ridare voce alla comunità e alle persone che le abitano. La Casa della Comunità

prima che essere una struttura è una diversa identità comunitaria che sa valorizzare il proprio capitale. Ogni contesto è da considerarsi come patrimonio di riscoprire e da valorizzare: la Casa della Comunità è una risorsa.

2. Riconsiderare le professioni come persone della comunità, parte del "noi" che accompagna la costruzione della salute. Andando oltre rendite di posizione e illusioni gerarchiche è necessario che, accanto alle competenze specialistiche, si costruiscano processi di formazione indirizzati all'acquisizione di metodologie di lavoro basate sulla interdisciplinarietà, sul lavoro d'equipe tra figure professionali di settori diversi, che educino alla relazione. Occorre una riforma dei corsi universitari che ad esempio individui uno specifico percorso di specializzazione per il medico di medicina generale, cominciando da quello che esiste come ad esempio la Medicina di Comunità che però non consente l'accesso alle convenzioni. Ci sono problemi di qualità e di quantità rispetto alle figure professionali del sanitario e del sociale ma si deve pensare a **formare nuove figure** che facilitino le connessioni tra i professionisti, i servizi e la comunità: agenti, facilitatori di comunità.

3. Ripensare ad una radicale ridefinizione dei risultati di salute. **La valutazione deve essere una regola fondamentale** e avvenire attraverso indicatori che misurino in parte i classici **risultati sanitari** (minor ricorso al PS, riduzione dei ricoveri, attesa anni di vita...) o assistenziali (persone assistite, casi seguiti...) ma deve concentrarsi soprattutto su misure che diano evidenza a risultati in ordine al miglioramento della **coesione sociale, all'aumentato senso di solidarietà, alla sicurezza dei cittadini**. Questi i contenuti della valutazione, ma il loro significato è legato alla reale partecipazione della popolazione e dei professionisti perché la valutazione è condizione per dare senso al lavoro professionale e alla responsabilità dei cittadini. ●

Il medico di medicina generale: identità e ruolo

Giuseppe Belleri

Medico di Medicina Generale

La crisi della MG, che la riforma lombarda in sinergia con il PNRR nazionale dovrebbe “curare”, ha radici lontane e motivazioni tanto profonde quanto complesse. Per impostare una “terapia razionale” è necessaria la preliminare descrizione dei sintomi, la definizione del problema e una corretta interpretazione “fisiopatologica”, abbozzata nel presente contributo.

Il medico di medicina generale (MMG) vive dall’inizio del secolo un periodo di disagio che cova sotto la cenere e si manifesta perlopiù con “sfoghi” sui social media che tradiscono un misto di risentimento, demotivazione e rassegnazione. Per descrivere questo clima emotivo e cognitivo collettivo, di cui una riforma efficace dovrebbe tenere conto, può essere utile la nozione *powerlessness*, che connota il vissuto di quanti si trovano in un contesto lavorativo giudicato svantaggioso, demotivante, frustrante, limitante l’autostima e il contributo creativo all’organizzazione (Piccardo, 1994). Questa percezione può sfociare in comportamenti apatici, difensivi o rinunciatari fino all’estremo del *burn-out* e della defezione individuale dall’organizzazione (Belleri, Casolari, 2000).

Alla base di questo vissuto sta una svalutazione

professionale tanto subliminale quanto pervasiva, che si manifesta, nella cornice della crisi della relazione fiduciaria e nel tramonto della dominanza professionale medica, con comportamenti individuali e dichiarazioni pubbliche (Asioli, 2020). Emblematica è quella del ministro Giorgetti che a fine estate 2019 osservava: “Nei prossimi 5 anni mancheranno 45 mila medici di base, ma chi va più dal medico di base, senza offesa per i professionisti qui presenti? Nel mio piccolo paese vanno a farsi fare la ricetta medica, ma chi ha almeno 50 anni va su internet e cerca lo specialista. Il mondo in cui ci si fidava del medico è finito”. Di analogo tenore sono alcune campagne di stampa sviluppatesi nell’ultimo anno per denunciare le presunte carenze e le “colpe” della MG nella gestione della pandemia, che ne hanno ulteriormente minato l’immagine pubblica in forza di facili generalizzazioni e distorsioni comunicative. Il disagio è emerso pubblicamente con il combinato disposto di due tendenze in atto: l’uscita pensionistica anticipata, con la conseguente carenza assistenziale in molte zone, e la crisi vocazionale degli accessi al Corso di Formazione Specifica in MG.

Questa sorta di sindrome collettiva da perdita di ruolo ha radici socioculturali e basi epistemologiche riconducibili all’interazione tra alcune tendenze:

1 L’incessante sviluppo tecnologico e scientifico comporta l’obiettivo difficoltà per i professionisti di mantenersi al passo del rinnovamento delle acquisizioni teorico-pratiche. La proliferazione della tecnologia biomedica spinge lo specialista verso una ulteriore settorializzazione della professionalità che si focalizza attorno a specifiche tecniche diagnostiche e/o terapeutiche (Ardigo, Mazzoli, 1994) ed emargina il generalista per sua natura non-specialista e con una vocazione olistica biopsicosociale.

2 Con l’irruzione del Web si è parzialmente rotta l’asimmetria informativa tra medico e paziente in proporzione diretta all’affermazione della disintermediazione offerta dalla rete e dal tramonto della tradizionale dipendenza paternalistica. Ciò si traduce, da

un lato, in maggiore autonomia del paziente divenuto "esigente" e in certi casi rivendicativo fino all'uso strumentale della revoca e, dall'altro, nel *by-pass* delle cure primarie a favore di risposte specialistiche sollecitate da un'ampia offerta sul "mercato" privato di prestazioni sanitarie a compensazione della carente disponibilità pubblica.

3 L'evoluzione del sistema sociale e sanitario è guidata dalla suddivisione in sottosistemi; la logica che spinge verso una crescente differenziazione funzionale è il tentativo di affrontare e ridurre la complessità ambientale con una speculare segmentazione del sapere e delle pratiche. Ogni sottosistema funzionalmente differenziato della società è orientato ad un proprio codice, a criteri valutativi, a schemi cognitivi e *routine* operative che garantiscono l'autonomia rispetto agli altri sottosistemi (Baraldi, 1994). La risultante della differenziazione in ambito medico-sanitario è la moltiplicazione delle sotto specialità all'interno di ogni branca medica e la proliferazione di nuove professioni sanitarie formalmente riconosciute e regolamentate dallo Stato. Di conseguenza, come afferma Ardigò, in un sistema complesso "la risposta specialistica tende sempre a prevalere su quella a minore differenziazione" (Ardigò, 1990) con intuibili risvolti sul triangolo relazionale paziente-MMG-specialista (ad esempio con l'introduzione di Piani Terapeutici per farmaci di prescrizione specialistica e preclusi al MMG). La differenziazione funzionale comporta il rischio di effetti indesiderati, come la divaricazione tra pratiche tecno-specialistiche ospedaliere e gestione olistica della cronicità sul territorio (Asioli, 2019). Con questa chiave interpretativa si può leggere il profilo "residuale" del MMG, proposto alla stregua di un impiegato esecutivo che la burocratizzazione del sistema enfatizza.

4 Il paradigma di semplificazione costituisce lo sfondo culturale e cognitivo delle tendenze sopradescritte (Morin, 1993). Due sono i suoi pilastri che orientano l'azione e la conoscenza: il principio di disgiunzione e quello di riduzione. Per conoscere un oggetto occorre innanzi tutto disgiungerlo, separarlo rispetto all'ambiente: la conoscenza è tanto più solida quanto più è decontestualizzata

e standardizzata mentre la varietà, unicità, complessità del contesto sono considerati irrilevanti o fattori di disturbo per il dispiegarsi della razionalità tecnica (Schoen, 1994). Secondo il principio di riduzione per conoscere un aggregato di parti è sufficiente la conoscenza approfondita dei suoi costituenti elementari dai quali si può dedurre il comportamento del tutto. La risultante di queste tendenze mina alle basi il (decantato) ruolo centrale del MMG, ne erode l'immagine professionale e la legittimazione sociale, e spiega la problematica integrazione tra dimensione tecno-specialistica ed approccio bio-psico-sociale e culturale, anche per la proliferazione dei vincoli normativi e controlli prescrittivi della cosiddetta "medicina amministrata" conseguente alla deriva manageriale dell'organizzazione sanitaria. Tuttavia, il presupposto per il rilancio del territorio e dell'integrazione tra "un sapere specialistico con uno di tipo olistico che considera le persone nella loro globalità" (Bertin, 2015, p. 19) sta nella legittimazione reciproca tra professionisti dell'area specialistica e delle cure primarie che rinunci alla "colonizzazione del territorio con la stessa cultura di governo utilizzata nella gestione dei sistemi ospedalieri" (*ibidem*, p. 28). **Riuscirà la riforma lombarda a rilanciare la medicina territoriale incidendo positivamente su questi nodi problematici? ●**



Bibliografia

- Ardigò A., Mazzoli G. (a cura di): *L'ipercomplessità tra socio-sistemica e cibernetiche*, F. Angeli, Milano, 1990.
- Asioli F., *La relazione di cura, Difficoltà e crisi del rapporto medico-paziente*, Franco Angeli, Milano, 2019
- Baraldi e coll.; *Luhmann in glossario*, Franco Angeli, Milano, 1994
- Belleri G., Casolari L.: *Il disagio del MMG e il burn-out: analisi psicosociale e prospettive* in Pellegrino F. (cura di) *La sindrome del burn-out*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2000
- Bertin G., Bertin G.: "Evoluzione o cambiamento dei sistemi sanitari: verso un nuovo paradigma", in AA.VV. *Medicina specialistica e Community care*, Venezia, Ed. Ca Foscari 2015.
- Morin. E.: *Introduzione al pensiero complesso*, Sperling e Kupfler, Milano, 1993.
- Piccardo C.: *Empowerment*, Cortina, Milano, 1994.
- Schoen D.: *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedali, Bari, 1994.

La riforma della riforma: la medicina di famiglia ieri, oggi e domani

Giovanni Gozio

Medico di Medicina Generale

Al quinto anno di università, durante la frequenza del reparto di II Medicina, decisi di fare il medico di famiglia. Allora immaginavo possibile l'integrazione tra ospedale e territorio (dove lavoravano anche alcuni dei medici strutturati) e verificavo una positiva considerazione per la medicina generale. Apprezzavo l'idea del rapporto continuativo con i pazienti, della medicina della persona, della piena responsabilità di conduzione di un percorso sanitario, della flessibilità organizzativa a seconda delle esigenze. Sono passati 30 anni e non tutti i sogni si sono avverati.

La medicina territoriale è da sempre una meravigliosa incompiuta e la pandemia ne ha esasperato la disomogeneità e lo scollamento da quella ospedaliera. Quando firmai la convenzione si discuteva della necessità di integrazione tra ospedale e territorio e oggi, a differenza del passato, c'è la disponibilità dei finanziamenti del PNRR che obbligano le regioni a riformare i propri servizi sanitari.

La creazione dei Distretti Socio-Sanitari e delle Case della Comunità è un fatto positivo purché si preveda un'integrazione con la rete degli studi professionali già esistenti, se invece diventerà l'unica possibilità di assistenza eliminando di fatto la capillarità diffusa e il rapporto di fiducia che gli ambulatori periferici garantiscono, allora il

giudizio non può che essere negativo. Una scelta condivisibile appare invece l'unica regia organizzativa, sia per la medicina di famiglia che per la specialistica territoriale con stretta integrazione dei servizi sociali. Ogni riforma sanitaria è complessa poiché entrano in gioco molte variabili imprevedibili e deve rispondere soprattutto ai bisogni dei cittadini, ma vanno considerate anche le esigenze dei professionisti coinvolti. Quando questo non avviene c'è il rischio di creare una scatola accattivante, ma vuota di contenuti. Per riempirla vanno chiariti e definiti gli obiettivi: i mattoni da soli non bastano a costruire la medicina territoriale. Sullo sfondo poi c'è il nodo del futuro rapporto contrattuale per i medici di famiglia. Tra le ipotesi proposte dalle Regioni c'è anche la dipendenza che a mio parere mina il rapporto fiduciario oltre a non essere sostenibile economicamente. Credo che la definizione degli obiettivi e della valutazione dei risultati sia più importante della tipologia del contratto che appare essere più ideologica che utile. La pandemia ha imposto il cambiamento e l'occasione va sfruttata, ma il decisore politico deve considerare le richieste provenienti da chi sul territorio lavora quotidianamente e ad oggi non si percepisce tale considerazione.

La medicina generale ha chiari i concetti da sviluppare per essere cerniera utile tra il cittadino e l'assistenza di secondo livello e per la sua presa in carico.

Questa riforma nelle case della comunità dovrebbe:

- ✓ garantire un approccio multidimensionale e multiprofessionale al paziente, ma sembra dimenticare la capillarità già esistente degli studi medici;
- ✓ implementare la digitalizzazione che deve essere semplice e fruibile, ma le continue carenze del sistema SISS più volte denunciate non sono mai state sanate;
- ✓ attuare una vera integrazione con il sociale coinvolgendo gli enti locali che tuttavia non sono stati ancora interpellati;
- ✓ dare consapevolezza culturale e professionale in un'ottica di "accountability", ma finora non sembra presente un cambio di passo sulla valutazione che a mio modo di vedere va fatta sulla qualità erogata e non più sulla quantità;
- ✓ dare un chiaro mandato pubblico nella gestione dei distretti, ma Regione Lombardia da sempre vede nel privato accreditato una risorsa sussidiaria.

Ritengo che sul territorio una logica competitiva comporti una perdita di omogeneità erogativa e di capillarità a causa di un'economia di scala magari esasperata.

La medicina generale vuole essere propositiva, come sempre, ma è stanca di subire modifiche importanti del proprio lavoro senza condivisione e con il rischio di diventare facile capro espiatorio se le cose andassero male. Il tempo degli alibi per tutti gli attori della partita territoriale è finito, ce lo chiedono i cittadini. La medicina generale può e deve produrre risultati di salute e sono convinto che la nostra provincia parta da una buona base e da una disponibilità sempre dimostrata, ma la parte pubblica dovrà ascoltarci, altrimenti il rischio di avere sprecato una grande occasione sarà realtà. ●

Assiomi e prospettive

Erminio Tabaglio

Medico di Medicina Generale

Assioma

s. m. [dal lat. *Tardo axioma-ātis*, gr. Ἀξίωμα -ατος der. di ἄξιος «degno»] (pl. -i).

Nel linguaggio comune, verità o principio che si ammette senza discussione, evidente di per sé.

In filosofia, principio certo per immediata evidenza e costituente la base per l'ulteriore ricerca.

Definire strumenti di monitoraggio e valutazione

L'assioma che pongo alla base del mio ragionamento, in questa riflessione sull'immediato futuro della medicina generale nell'ambito dell'evoluzione del nostro sistema sanitario nazionale, lombardo in particolare, è il seguente: **"Qualsiasi decisione venga adottata, qualsiasi strada venga intrapresa, deve essere preceduta dalla definizione di efficaci strumenti di monitoraggio e valutazione della qualità per certificare il raggiungimento di obiettivi, concordati e condivisi, definiti sulla base del ruolo e delle competenze del medico di medicina generale"**.

Non è un passaggio impossibile, forse nemmeno difficile: la definizione di indicatori e *standard*, ad esempio, per la presa in carico di malati cronici (impegno principale del medico di medicina generale) è un lavoro che in gran parte è già stato fatto, e così come oggi sono strettamente monitorato su quello che spendo al centesimo in farmaci, specialistica, ricoveri, altrettanto è possibile farlo per monitorare come lavoro e cosa produco.

Avere a disposizione efficaci strumenti di monitoraggio e controllo di qualità (quelli per la spesa, abbiamo detto, già ci sono), consentirebbe al decisore una certa libertà di scelta, argomento caro a Regione Lombardia, riguardo il suo atteggiamento nei confronti della medicina generale. Ragionando per estremi, da una parte potrebbe dire al medico di medicina generale: "Questo è il tuo *budget*, questi sono gli obiettivi e gli standard che devi garantire, questi eventuali incentivi e premi a risultato conseguito: ora vai ed organizzati come meglio credi". Impensabile che il medico in solitaria possa assolvere a tutti i compiti che il suo ruolo gli attribuisce. Una soluzione percorribile, in questa prospettiva liberista, potrebbe essere quella di organizzarsi con altri colleghi in cooperative di servizi, cosa che peraltro ha già cominciato ad essere sperimentata con il progetto della presa in carico. All'altro estremo c'è l'opzione (per qualcuno lo spauracchio) del rapporto di dipendenza, che garantirebbe, secondo i suoi sostenitori, una migliore integrazione nel sistema ed un miglior controllo sui medici di medicina generale rispetto al loro status attuale di liberi professionisti convenzionati. Attenzione però a non identificare quello che ho chiamato sistema con il sistema burocratico-amministrativo, bensì con il sistema sanitario, inteso come insieme di amministratori, amministrativi, operatori sanitari e socio-sanitari che concorrono insieme al benessere ed alla salute della popolazione. Anche in questo caso non si può comunque prescindere dall'assioma enunciato all'inizio: la semplice timbratura del cartellino non è sufficiente garanzia di produttività e qualità del lavoro, ma è necessario un sistema di monitoraggio per la verifica degli standard ed il conseguimento degli obiettivi prefissati. Non mi addentro nella discussione delle problematiche, di non poco conto e difficile soluzione, che il passaggio al rapporto di dipendenza pone, a partire dalla capillarità del servizio offerto dagli studi di medicina generale, che verrebbe meno con gli assembramenti di MMG nelle case della salute o con la difficile sostenibilità economica di altre soluzioni logistiche. Ho parlato di due soluzioni "estreme". L'ipotesi più realistica, a breve e medio termine, è comunque quella che vede una conferma della figura del medico di

medicina generale come libero professionista convenzionato, inserito, anche se non fisicamente, nella realtà del distretto e delle case di comunità. Affinché questo inserimento sia operativo e si traduca in un effettivo coinvolgimento del medico di medicina generale nel sistema sociosanitario, devono a mio giudizio realizzarsi due condizioni. Da una parte la partecipazione attiva di rappresentanti della medicina generale ai tavoli decisionali del distretto, auspicando che questi tavoli, pur nel rispetto delle linee guida definite a livello di Regione e ATS, abbiano comunque una certa libertà di azione. E quando cito i rappresentanti della medicina generale, faccio riferimento non solo e non tanto a rappresentanti sindacali, quanto a rappresentanti delle costituenti Aggregazioni Funzionali Territoriali.

Coinvolgere e responsabilizzare i MMG, come? Esempi

L'altra condizione risiede in un coraggioso cambiamento di prospettiva nel rinnovo dell'Accordo Nazionale per la medicina generale, sempre nell'ottica di coinvolgere e responsabilizzare non solo formalmente i medici generali nelle vicende del sistema socio-sanitario.

Mi spiego con due esempi, che prendono in considerazione due aspetti fondamentali del ruolo del medico di medicina generale: **prevenzione e assistenza domiciliare.**

Vi sembra possibile che l'adesione dei MMG alle campagne vaccinali, anti-Covid o antinfluenzale per restare nell'attualità, sia su base volontaria, e che ogni volta si debba trattare il compenso economico per ogni inoculo? Non dovrebbe rientrare tutto questo nelle competenze e nei compiti di tutta la medicina generale, e come tale essere ricompensata sulla base di obiettivi e risultati raggiunti? Senza contare le difficoltà che questa adesione a macchia di leopardo comporta per gli amministratori, costretti ad inventarsi soluzioni alternative per coprire i "buchi" lasciati dai medici che non aderiscono. Stesso discorso per l'assistenza domiciliare, con una doverosa premessa: la platea di pazienti che necessita di cure domiciliari si va sempre più ampliando. Da qui la necessità di nuove risorse professionali, e quindi economiche,

per garantire un'assistenza adeguata: penso ad assistenti sociali, fisioterapisti, palliativisti, ma soprattutto infermieri (valutare parametri vitali, stato di nutrizione ed idratazione, problematiche assistenziali all'interno della famiglia, sono tutte cose per cui le figure infermieristiche hanno preparazione e competenze non sicuramente inferiori a quelle dei medici). Non ha molto senso una retribuzione per ogni accesso, come avviene oggi per l'assistenza domiciliare integrata e programmata, ma sarebbe opportuno ricorrere a modalità per certi versi più complesse, ma sicuramente più responsabilizzanti, che premiano l'integrazione fra le varie figure professionali ed i risultati conseguiti.

Le case di comunità

Ultime considerazioni sulle case di comunità. Ho già detto dell'ipotesi irrealistica, almeno a breve e medio termine, di un trasferimento degli studi medici in queste strutture. Forse si potrebbe pensare inizialmente ad ambulatori per le prestazioni non differibili, una sorta di codici bianchi, in cui i medici afferenti territorialmente a quella casa di comunità garantiscono turni di copertura.

Ma come fare affinché la casa di comunità non si riduca ad un semplice poliambulatorio, con annessi uffici amministrativi, ma sia effettivamente il braccio operativo del distretto, con interventi socio-assistenziali coordinati sulla popolazione di assistiti?

Due, a mio giudizio, le condizioni.

Una **tecnico-strutturale**: strumenti di comunicazione agili ed efficaci (in questo senso l'implementazione digitale ed informatica sono fondamentali).

L'altra, forse più importante, **organizzativo-operativa**: corsi di formazione che coinvolgano tutte le figure professionali che operano nella casa di comunità, confronti finalizzati alla elaborazione di proposte organizzative e progetti assistenziali che, adeguatamente monitorati e valutati dal punto di vista della qualità e dei risultati (torniamo all'assioma iniziale) responsabilizzino i vari operatori nella collaborazione reciproca per il conseguimento di obiettivi concordati e condivisi a tutti i livelli, con giusta retribuzione e, non ultima, soddisfazione professionale personale e collettiva. ●

L'infermiere di famiglia e di comunità, tra opportunità e criticità

Stefania Pace

Presidente Ordine delle Professioni Infermieristiche di Brescia

Premessa

Lo scenario pandemico ha confermato che l'infermiere di famiglia e di comunità è indispensabile per implementare un nuovo modello di assistenza domiciliare. Anche la Corte dei Conti, nel suo Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, conferma che "il limitato utilizzo degli infermieri di comunità" e gli "incerti risultati sul fronte del potenziamento dell'assistenza domiciliare e del recupero dell'attività ordinaria sacrificata nei mesi dell'emergenza", rappresentano il maggior onere che il SSN è obbligato ad affrontare in questa fase pandemica. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità e possiede competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica. Agisce nella erogazione di cure infermieristiche, nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e della

comunità, operando all'interno del sistema di assistenza territoriale. È soprattutto il "sistema territoriale" a definirne l'operatività ancorché la competenza attesa e necessaria ai cittadini.

Spunti di riflessione sulla DGR n. XI/5068 del 22/07/2021 di Regione Lombardia

Nella Relazione Tecnico Finanziaria è "stato individuato, quale ambito prioritario di intervento, l'assunzione di personale finalizzato al rafforzamento dei servizi domiciliari, all'infermiere di famiglia, alla creazione e implementazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziali".

Anni di mancata programmazione, in ambito sia sanitario sia universitario, non si sanano tuttavia così facilmente: in Italia mancano circa 64 mila infermieri, dei quali 33 mila per il territorio (secondo il Decreto Rilancio 9.600 sarebbero infermieri di famiglia).

Lo scenario merita qualche dettaglio in più: **secondo le stime FNOPI sono 21.550 gli infermieri di famiglia che mancano all'appello, per AGENAS sono 23 mila; la sola Lombardia avrebbe bisogno di 9.400 infermieri, 5.400 per il territorio (fonte FNOPI, 2021).**

L'insufficiente programmazione nell'offerta formativa del MUR aggrava ulteriormente la situazione: il Ministero dell'Università, nonostante l'accordo Stato-Regioni abbia indicato un fabbisogno di posti a bando per l'anno accademico 2021/2022 di 23.719 posti per infermiere, ha limitato l'offerta alla disponibilità degli Atenei, tornando a 17.394. La proposta delle università lombarde è di poco più di 2 mila posti di Infermieristica, palesemente insufficiente rispetto al fabbisogno regionale.

Il problema è serio e richiede interventi urgenti, sia in termini di reclutamento che di programmazione, altrimenti sarà complicato e difficile che il sistema regga la domanda di salute dei cittadini.

La formazione universitaria già da qualche anno propone la specializzazione in Infermieristica di famiglia e di comunità, attraverso la frequenza al Master di 1° livello, post-laurea. Un master universitario richiede 1500 ore di formazione, 60 CFU, consente

di qualificare al meglio il professionista attraverso la formazione residenziale e il tirocinio clinico, risente positivamente del contributo delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, dell'Associazione Scientifica e Professionale. In Regione Lombardia è noto l'avvio di corsi di 80 ore destinati agli infermieri dipendenti delle ASST e delle ATS finalizzato all'inserimento in qualità di infermiere di famiglia e di comunità. Le due esperienze, contemporanee e non alternative, sono un mero esempio della necessità che Regione, Università e Ordini Professionali comunichino e lavorino insieme, evitando frammentazioni o sovrapposizioni difficili da ricondurre e ricomporre.

Se nella DGR 5068 viene previsto almeno il Coordinatore Infermieristico nelle Centrali Operative Territoriali (COT) e negli Ospedali di Comunità, manca addirittura la sua previsione nelle Case di Comunità. Una omissione clamorosa, poiché l'articolazione organizzativa trova nel profilo infermieristico garanzia di continuità assistenziale con i medici specialisti, i medici di medicina generale, le ostetriche e il personale di supporto.

Questioni che richiederebbero preventivamente risposte adeguate: la pandemia ha dolorosamente insegnato che non è salutare attendere soluzioni future ai bisogni del presente. ●

» Il dottor Silvio Emilio Cavalli
ci ricorda la poesia

**“Dedica al Dr. Leonzio Sartori
Medico Condotta”**

**di Arnaldo Fusinato (1817-1888),
di cui riportiamo alcuni versi
ancora purtroppo di attualità.**

– Arte più misera, arte più rotta
Non c’è del medico che va in condotta.
Se a far la visita tardi mezz’ora,
Ti mandan subito alla malora;
Se qualcheduno, cui duole un dente,
Sente risondersi – Oh! non è niente! –
È capacissimo, dottor mio caro,
Di dirti in faccia: Ella è un somaro! –
Ordini a caso qualche sciroppo,
O qualche pillola che costi troppo?
È tutto inutile, ragion non vale;
Tu sei d’accordo collo speciale.
Se tu guarisci qualche ammalato
È Maria Vergine che l’ha salvato;
Ma per disgrazia s’egli ti muore,
T’urlano dietro: – Can d’un dottore! –
Oh! ma finiamola la lunga storia,
E il salmo termini con questo Gloria:
– Arte più misera, arte più rotta
Non c’è del medico che va in condotta.

Il percorso di Gianni Guerrini: la "nascita" della geriatria a Brescia

Intervista a cura di
Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco

Le scelte fuori dall'ordinario sono sempre state la sua specialità. Forse perché fin dall'inizio ha preferito solcare territori non ancora conosciuti, piuttosto che adattarsi su cammini già battuti. C'è anche una buona dose di serendipity, la capacità di fare per caso scoperte inattese e appaganti, nel percorso di Gianbattista (Gianni) Guerrini, oggi medico della Fondazione Brescia Solidale che gestisce le Rsa del Comune di Brescia. Nella sua lunga carriera, che lo ha portato a ricoprire il ruolo di direttore generale e sanitario della Fondazione, ha contribuito a far "nascere" la geriatria a Brescia. Una specialità rimasta per sua natura lontana dall'approccio ipertecnologico – e talvolta spersonalizzante – della medicina. "La tecnologia che utilizziamo sono le nostre mani, la parola, il corpo. Non abbiamo nient'altro da mettere in campo", si schermisce lui, sapendo che quel niente è tutto se si vuole curare la persona, oltre la malattia. Qui ci racconta come tutto è incominciato.



Partiamo dall'inizio, dalla tua formazione.

Mi sono iscritto a Medicina all'Università Cattolica di Roma. Non era una scelta comune allora, devo dire che è avvenuto assolutamente per caso. Stavo valutando di iscrivermi a Pavia o Padova, quando lessi della facoltà di Roma, che aveva aperto da un paio d'anni: c'era il numero chiuso ed era agganciata ad un ospedale di riferimento come il Gemelli. Ho scelto d'istinto, e mi è andata bene.



Ci racconti il primo approdo in corsia, l'approccio con la clinica?

Dal quinto anno, pur continuando a dare gli esami nella capitale, ho avuto l'occasione di frequentare la Terza Medicina del Civile di Brescia, dove era arrivato da poco Ernesto Bonera come facente funzione. Ricordo la sua cultura enciclopedica, il suo rigoroso metodo clinico, la sua vorace curiosità: da lui per la prima volta ho sentito parlare, ai primi anni '70, di psicosomatica. Aveva interessi vastissimi, le visite non duravano mai meno di 30-45 minuti, si incominciava dai sintomi per poi valutare tutto il resto: il metodo l'ho imparato lì. La Cattolica era

pensata come un Campus dove c'erano molte possibilità di apprendere, ma l'esperienza pratica al Civile è valsa tre volte tanto.



Anche per questo il tuo primo lavoro è arrivato subito dopo la laurea?

Mi sono laureato a luglio del 1974, nel frattempo ero tornato in Terza Medicina dove il mio referente era Flavio Lazzari, che mi aveva assegnato 15 letti da seguire: una bellissima esperienza che mi faceva sentire responsabilizzato. Un giorno di novembre mi chiama Bonera: a Casa di Dio avevano bisogno di un medico. Tira fuori un testo di geriatria in inglese e mi dice di cominciare a studiarlo. Io non avevo nemmeno idea che ci fosse una geriatria, ho accettato pensando di fermarmi due o tre mesi in attesa di fare l'esame di Stato, fissato per febbraio. Ci sono rimasto tre anni.



Nel frattempo, soffiava il vento dell'impegno: sei stato amministratore delegato della Cooperativa popolare di cultura, antesignana dell'odierna Rinascita, e ti sei iscritto a Medicina del Lavoro

Era il periodo del post '68, si pensava a un ruolo sociale del medico, per questo volevo fare il medico del lavoro; ben presto però mi sono reso conto che fare il medico in Casa di riposo mi piaceva perché non era solo un lavoro clinico, ma si collegava a quell'impegno che mi stava a cuore. È in quel momento che ho deciso che il mio futuro sarebbe stata la geriatria. Specialità allora piuttosto snobbata, a dire il vero. Non aveva in Italia una presenza importante, ad eccezione di due riferimenti per me fondamentali: la scuola di Firenze del prof. Antonini e quella del prof. Cavazzuti a Bologna.



Nel '78 diventi medico coordinatore di Arici Sega e Casa Industria, le due case di riposo dell'Ente Comunale di Assistenza (ECA). Che ambiente era?

Fino all'86, quando fu varata la prima legge di riordino dei servizi socio-assistenziali, non esistevano standard in queste strutture e non c'era l'obbligo di avere un medico interno. Fra i ricoverati molti avevano problemi prevalentemente di ordine sociale, l'età media era più bassa, i livelli di autonomia erano maggiori. Ricordo tantissimi etilisti.



Com'era il rapporto con le istituzioni?

È importante ricordare che, pochi mesi dopo la mia assunzione, l'ECA fu sciolto per legge e, mentre Casa Industria rimaneva autonoma, l'Arici Sega passò in gestione al Comune di Brescia. Nella nostra città c'è sempre stato un bel fermento su questo versante. Già era attivo il Servizio di Assistenza Domiciliare comunale,

affiancato da alcune organizzazioni di volontariato, in primo luogo il Centro Balestrieri fondato da Livia Feroldi che operava nelle zone più degradate del centro storico. Per me e i miei colleghi è stato naturale collaborare con questi servizi. Se c'era un anziano problematico a domicilio lo si valutava a casa sua con l'assistente sociale, con gli infermieri e gli operatori socio-assistenziali: del resto eravamo tutti dipendenti dello stesso ente. In questo senso in città avevamo già "ante litteram" le unità di valutazione geriatrica che sarebbero state istituite a livello nazionale negli anni Novanta. Queste esperienze hanno poi favorito la nascita di altre unità d'offerta, dai Centri Diurni (il primo è nato nel 1985) ai ricoveri temporanei di sollievo e ai ricoveri estivi a villa De Asmundis: l'idea era quella di andare oltre il ricovero, per offrire un'articolazione di servizi il più ampia possibile. Credo che anche in questo caso a Brescia siamo stati anticipatori.



All'interno delle case di riposo com'era organizzato il lavoro?

All'inizio la figura del medico era un po' estranea all'organizzazione: d'altra parte la maggior parte dei colleghi che operavano nelle Case di Riposo dedicavano a questo impegno solo una parte ridotta del loro tempo. Punto di riferimento era la suora caposala, che faceva da mediatore rispetto al gruppo di lavoro, spesso – ne ho avuto esperienza diretta – anticipando il medico anche nelle decisioni terapeutiche. Da lei dipendevano, in un modello allora gerarchico, gli infermieri, gli ausiliari ed i pochi fisioterapisti presenti. Era più importante ascoltare quello che dicevano loro di quello che sapevi tu dai libri o che ti avevano insegnato in reparto. Nel tempo crebbe la consapevolezza, da parte di tutti, di far parte di un'équipe: per me significava capire che, oltre a quanto avevo imparato dai libri ed appreso in reparto in ospedale, era importante far tesoro delle conoscenze, delle esperienze e dei punti di vista di tutti coloro che lavoravano con me.



Erano i tempi della lotta contro l'“istituzione totale”

Erano gli anni, non dimentichiamolo, nei quali era molto vivace la contestazione delle vecchie realtà manicomiali, “istituzioni totali” per eccellenza, intese come realtà nelle quali una presunta razionalità dell'organizzazione, che poco teneva in considerazione le esigenze dei ricoverati, privava i destinatari del servizio di ogni potere decisionale, ma finiva per penalizzare anche tutti quelli che ci lavorano. Dalla lotta contro l'istituzione totale sarebbero nate nel 1978 la legge Basaglia di chiusura degli ospedali psichiatrici, ma anche negli stessi anni il superamento degli “istituti” e delle scuole speciali per i minori disabili e il loro inserimento nella scuola dell'obbligo. Un'istituzione centrata sulla razionalità dell'organizzazione, che finisce per schiacciare non solo gli utenti, ma anche tutti quelli che ci lavorano. Questa temperie culturale ha investito anche le nostre strutture ed ha aiutato a superare alcuni modelli più datati, a partire da quello che io chiamo il modello “letto-comodino”, in cui la mobilitazione degli ospiti era quasi nulla. Sono entrate nuove competenze professionali, meno orientate alla contenzione e più all'idea della “riabilitazione possibile”, che è il vero cardine del nostro lavoro. Si è iniziato, finalmente, ad alzare i pazienti dal letto. E si è capito che il modello ospedaliero non può essere automaticamente trasposto nelle strutture residenziali per gli anziani: se nella risposta all'acuzie devi essere rapido, nella cronicità, invece, è necessario un approccio più trasversale e condiviso. L'ospedale cura la malattia, la Rsa la persona.



Per aprire questa breccia a cosa vi siete ispirati? I riferimenti in Italia erano pochi...

Infatti, siamo andati all'estero, a conoscere quella geriatria attiva nata in Inghilterra poco dopo la Seconda guerra mondiale: erano avanti di un ventennio rispetto a noi, che

abbiamo istituito la prima cattedra di Geriatria in Italia nel '56 con il prof. Antonini. Le visite in Inghilterra e Scozia, ma anche a Ginevra e Grenoble, organizzate da Pietro De Nicola sul finire degli anni Settanta e nei primi anni Ottanta, sono state uno dei momenti formativi per me più importanti. A visitare queste strutture, tra le più avanzate, c'erano medici da tutta Italia, molti titolari di cattedra, perché quello che imparavi lì non lo trovavi sui libri. Ricordo un fatto che scandalizzava sempre i nostri cattedratici: in queste strutture non incontravi mai solo il primario, ma insieme a lui i responsabili degli infermieri, dei fisioterapisti. Toccavi con mano l'attenzione che era riservata al lavoro d'équipe e alla riabilitazione a tutto tondo.



Chi erano i tuoi compagni di viaggio?

A metà degli anni Ottanta avevamo fondato un'associazione di "geriatri (associati) delle strutture protette" della Lombardia, per la quale avevamo volutamente scelto l'acronimo "Gasp", ad indicare la situazione di incertezza nella quale allora ci muovevamo. Ogni mese ci trovavamo tutti in una struttura e ciascuno presentava quello che stava facendo. È stata una stagione stimolante, vissuta insieme a molti colleghi lombardi, tra i quali in primo luogo Antonio Guaita, anche lui arrivato per caso come me alla geriatria, con cui ho condiviso una parte importante del mio percorso professionale.



Ti sei speso perché l'ospedale Civile cittadino avesse una Geriatria. Una battaglia di idee da portare avanti comunque, nonostante la tua voce sia rimasta al momento inascoltata?

È da trent'anni che insisto sulla necessità di una Geriatria nell'ospedale della città, importante non solo per assicurare un'assistenza più adeguata agli anziani fragili, ma anche per formare i geriatri di domani. Il Civile è una struttura universitaria, ma

per imparare la geriatria i medici devono poter fare pratica in un reparto dedicato. Se vogliamo valorizzare la cultura dell'assistenza all'anziano è necessario che ci siano persone preparate che la diffondano a diversi livelli: un 85-90enne fragile ha bisogno di un approccio diverso rispetto ai pazienti delle altre età, e i reparti chirurgici e ortopedici, così come il Pronto soccorso, hanno ancora più bisogno di una presenza geriatrica.



Che impatto ha avuto il Covid sui servizi per anziani e come prepararsi al futuro?

La pandemia ha dimostrato, credo in maniera incontrovertibile, la penalizzazione nella nostra Regione dei servizi territoriali e la mancanza di un modello di servizi domiciliari che affianchi il medico di medicina generale nella presa in carico globale e continuativa delle persone più fragili. Purtroppo, l'atto d'intesa tra Governo e Regioni sui servizi domiciliari sembra riprodurre gli stessi limiti, privilegiando un modello lombardo di tipo prestazionale, che è l'esatto contrario di ciò che servirebbe. Negli ultimi anni i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) delle ASL/ASST, hanno visto crescere il numero di anziani seguiti, anche se scontano il limite di un'intensità molto scarsa e di una bassa continuità. Al contrario è andato riducendosi il numero di utenti dei SAD, i servizi di assistenza domiciliare gestiti dai Comuni: e la percentuale di persone anziane assistite in modo integrato dai due servizi è davvero minima. Ora il Pnrr destina molte risorse per potenziare l'assistenza sanitaria domiciliare e molto poche per gli interventi socio-assistenziali. Resta il fatto che davanti a bisogni multidimensionali è necessario un intervento integrato, con un'interfaccia costante tra i diversi enti erogatori, che siano Comune o Asst. Quanto alle Rsa, la pandemia ha dimostrato che sono state troppo a lungo abbandonate: negli ultimi due decenni, mentre i bisogni aumentavano, i trasferimenti economici sono rimasti fermi, obbligando le RSA a ridurre i livelli assistenziali, anziché

aumentarli come sarebbe stato necessario, per contenere gli aumenti delle rette a carico degli utenti.

Una conseguenza indiretta – e per noi drammatica – della pandemia e della, peraltro, sacrosanta ripresa delle assunzioni da parte delle strutture ospedaliere (nonché dell'ampliamento dei posti nelle scuole di specializzazione) è la fuga del personale medico e infermieristico dalle RSA a presidi che offrono loro, tra l'altro, anche condizioni contrattuali più adeguate.



Monsignor Paglia, presidente della Commissione per la riforma dell'assistenza per la popolazione anziana istituita dal Ministero della Salute, ha dichiarato che oggi l'assistenza è monopolio delle Rsa e che bisogna aiutare gli anziani a rimanere a casa. Cosa ne pensa?

Sono pienamente d'accordo con lui sulla necessità di potenziare gli interventi a domicilio, molto meno quando sembra puntare alla scomparsa delle RSA. Ho paura che non conosca bene gli attuali ospiti delle nostre strutture. Che un anziano con demenza possa vivere da solo è difficile da immaginare. Poi è vero che il modello della Rsa va arricchito sia con requisiti strutturali ed organizzativi più rispettosi dei bisogni degli ospiti che con proposte residenziali alternative, ad esempio gli alloggi protetti o le comunità residenziali che assicurino un maggior livello di protezione agli anziani che possono rimanere a casa, grazie all'integrazione con la rete dei servizi: questa è la direzione in cui si deve andare.



Che consigli daresti a un giovane medico che sta cercando la sua strada?

Innanzitutto, va sfatata l'idea che se lavori in Rsa non hai uno sguardo al di fuori del contesto residenziale. I Centri diurni integrati, la Rsa aperta, l'assistenza domiciliare o i centri multiservizio che molte Rsa hanno attivato restituiscono un contatto importante con la realtà esterna, che forse gli ambiti tecnologici più avanzati non conoscono.

Un secondo dubbio da contrastare è l'idea che la geriatria, soprattutto nelle RSA, resti ai margini dell'impetuoso progresso tecnologico. Personalmente non mi sento orfano della tecnologia: la nostra tecnologia, oltre all'approccio globale e alla valutazione multidimensionale, sono le mani, il corpo, la parola. E proprio nella relazione con le persone, nel colloquio quotidiano con loro, al di là delle limitazioni sensoriali, motorie e cognitive, troviamo il senso ed insieme la gratificazione per il nostro impegno. Spesso, è vero, nella nostra attività le gratificazioni te le devi andare a cercare, trovandole nei "piccoli guadagni" a livello funzionale, clinico, relazionale. Ma a guardare bene, i nostri ricoverati ti restituiscono molto di più di quello che puoi aver dato loro. E per questo non smetterò mai di ritenermi fortunato per aver prima incontrato e poi scelto la geriatria e questo lavoro con i più fragili tra i fragili. ●



Il tema del suicidio assistito e, più in generale dell'eutanasia, è di grande attualità nell'opinione pubblica e nella comunità medica anche grazie all'iniziativa referendaria.

La nostra rivista si apre alla discussione in corso, senza posizioni preconcepite.

Pubblichiamo di seguito i primi tre interventi.

Chi desiderasse intervenire lo può fare scrivendo ufficiostampa@ordinemedici.brescia.it

Glossario minimo

Eutanasia

Azione od omissione che, per sua natura e nelle intenzioni di chi agisce, procura anticipatamente la morte di un malato allo scopo di alleviarne le sofferenze. In particolare, l'eutanasia va definita come l'uccisione di un soggetto consenziente in grado di esprimere la volontà di morire. Essa può essere praticata nella forma del suicidio assistito (con l'aiuto del medico al quale la persona si rivolge per la prescrizione di farmaci letali per l'auto-somministrazione) o nella forma dell'eutanasia volontaria in senso stretto, con la richiesta al medico di essere soppresso nel presente o nel futuro.

Non rientrano nel concetto di eutanasia l'astensione o la sospensione di trattamenti inutili nonché la sedazione palliativa profonda (CNB).

È possibile distinguere diverse tipologie di eutanasia:

- *eutanasia attiva diretta* quando il decesso è provocato tramite la somministrazione di farmaci che inducono la morte, per la maggior parte per via endovenosa;
- *eutanasia attiva indiretta* quando l'impiego di sostanze per alleviare la sofferenza, in quantità maggiore rispetto a quella prevista per la terapia del dolore, causa come effetto secondario la diminuzione dei tempi di vita;
- *eutanasia passiva* quando è provocata

dall'interruzione o dall'omissione di un trattamento medico necessario alla sopravvivenza dell'individuo, quali ad esempio la nutrizione, l'idratazione e la respirazione artificiale.

Suicidio medicalmente assistito

L'atto del porre fine alla propria esistenza in modo consapevole mediante l'auto-somministrazione di dosi letali di farmaci da parte di un soggetto che viene appunto "assistito" da un medico che rende disponibili le sostanze necessarie.

Sedazione palliativa

La riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo che risulta quindi refrattario.

Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) (o Biotestamento, o Testamento biologico)

Le scelte che ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere può compiere in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi. Tali disposizioni concernono le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

Il medico di fronte alle decisioni di fine vita: volontà anticipata di trattamento, suicidio e morte medicalmente assistiti

Angelo Bianchetti

Responsabile Dipartimento Medicina e Riabilitazione Istituto Clinico S. Anna, Brescia

Fabio Cembrani

Già Direttore medico U.O. di Medicina legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

Tra i suoi molteplici effetti deleteri, la pandemia da Covid-19 ha determinato una sorta di sospensione del dibattito pubblico sui temi che fino a ieri erano centrali nella discussione bioetica italiana; tra questi, le decisioni di fine vita alla luce sia della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*) che della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 25 settembre 2019. Con questa sentenza (che nasce dalla vicenda del Dj Fabo trasportato in Svizzera da Marco Cappato per essere aiutato a morire) l'aiuto al suicidio è stato sostanzialmente derubricato, pur disciplinandolo con precisissimi vincoli procedurali.

Su queste tematiche è però necessario ed urgente che la comunità professionale riprenda la riflessione facendo sentire la sua voce. La radicalizzazione dell'autonomia individuale non è la soluzione di tutti i mali poiché bisogna riconoscere le difficoltà che emergono ogni qual volta si affronta il tema della capacità/incapacità della persona di prendere una decisione¹ e, di

conseguenza, di accettare o rifiutare la cura². Un approccio basato sull'antitesi normalità-malattia mentale (capacità-incapacità) è limitativo e fuorviante, perché non offre nessun aiuto nelle situazioni di confine (condizione frequente nell'esperienza clinica quotidiana) e, allo stesso tempo, esclude pregiudizialmente dalla scelta tutte quelle persone che, nonostante la loro pur dichiarata incapacità, sono ancora in grado di esprimere le loro preferenze. Diffidando della presunzione iscritta nella vulgata del consenso informato va riconosciuto che la persona pienamente signora di sé non è la regola, ma bensì l'eccezione³; perché così è in tutti gli ambienti di cura dove la capacità e l'incapacità non sono mai né un vuoto né un pieno ma un perimetro che deve essere riempito di contenuti, di relazioni, di attese, di diritti, di doveri e di responsabilità. Il sollecito a riprendere la discussione su queste questioni deriva da molte circostanze. Anche dall'oltre il milione di firme raccolte

1 CEMBRANI F. et AL., *La pianificazione condivisa della cura e l'autodeterminazione della persona anziana affetta da patologie psicogeriatriche*, in *Psicogeriatrics*, 2019, suppl. 1-3.

2 STANZIONE MG., *Gli atti di natura personale dell'interdetto*, in www.comparazioneirittocivile.it (ultimo accesso 9 novembre 2021).

3 CALDERAI V. (2015), *Consenso informato*, in *Enciclopedia del Diritto*, Annali VIII, Milano.

in poche settimane, per la prima volta on line, a sostegno della proposta referendaria abrogativa dell'art. 579 della legge penale italiana (omicidio del consenziente), promossa dall'Associazione Luca Coscioni. A conferma del fatto che la tematica del fine-vita è diffusamente sentita come confermano i larghi plausi mediatici con cui è stata in qualche modo sponsorizzata l'iniziativa referendaria, anche se autorevoli interpreti⁴ hanno rimarcato le insidie del referendum abrogativo perché, in assenza di una norma specifica che dovrebbe disciplinare a tutto tondo la materia, il rischio reale che si corre è quello di radicalizzare la decisione individuale di morire senza bilanciare questa scelta con le necessarie garanzie costituzionali. Sicché tutti, indipendentemente dalla sofferenza provocata dalla terminalità di una qualche situazione patologica, potrebbero decidere di porre fine alla loro esistenza per mano medica visto che, se la proposta referendaria sarà accolta dopo aver superato il vaglio costituzionale, il nuovo testo dell'art. 579 c.p. sarebbe il seguente: *“Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:*

1. contro una persona minore degli anni diciotto; 2. contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; 3. contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno”.

Con un completo rovesciamento di una delle architravi portanti della legge penale perché il consenso da scriminante delle sanzioni previste per i delitti contro la vita finirebbe con il diventare il presupposto per espellere la condotta attiva dall'area

del penalmente rilevante salvo le poche eccezioni costruite sulle condizioni cliniche (il “vizio di mente” o la “deficienza psichica” prodotta da un'altra infermità o dall'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti) e/o anagrafiche della persona offesa o perché invalido quando estorto o carpito. Cosicché nessuno potrebbe essere più punito per aver volontariamente ed intenzionalmente provocato la morte di una persona maggiorenne, capace di intendere e di volere, non inferma di mente, con il suo consenso, indipendentemente dal suo stato e dalle sue condizioni di salute. Nemmeno il medico, la cui professione, da millenni, ottempera il paradigma ippocratico che vieta di procurare la morte. È opportuno non confondere l'interruzione di una terapia futile e sproporzionata con la pratica eutanasica che sono realtà fattuali posizionate su piani ontologici completamente diversi, sia sul versante giuridico che su quello morale.

Al di là delle nostre opinioni personali, ciò che accadrà, in caso di successo dell'iniziativa referendaria, è la rottura della nostra tradizione millenaria e di tutti i punti di equilibrio indicati dalla legge n. 219 del 2017. Questa legge, facendo leva sui principi informatori di una deontologia medica sicuramente innovativa ed al passo con i tempi (se è vero -come è vero- che già nel Codice di deontologia approvato dalla FNOMCeO nel marzo del 1998 si chiedeva di tenere in considerazione la volontà espressa in forma anticipata dalla persona), non ha certo sposato l'idea di assolutizzare il principio di autodeterminazione, pur valorizzandone il consenso (ed il rifiuto) informato perché al medico non possono essere chiesti interventi contrari non solo alla legge ma anche alla deontologia ed alle buone pratiche clinico-assistenziali (art. 1, comma 6). Quell'equilibrio è stato incrinato dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 25 settembre 2019 la quale, nel suo dispositivo finale, ha dichiarato la parziale illegittimità dell'art. 580 c.p. *“[...] nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 [...] agevola l'esecuzione del proposito di suicidio,*

4 Cfr. BATTARINO G., *L'iniziativa referendaria sull'articolo 579 del Codice penale: gli scenari possibili*, in *Questione Giustizia*, 2, 2021, il quale tra l'altro scrive: “[...] Si potrebbe cioè ipotizzare che il semplice riferimento - nella norma risultante dall'eventuale abrogazione - al «consenso» dell'interessato, senza alcuna regolamentazione specifica di forme e procedure, confligga con una normativa a contenuto costituzionalmente vincolato concernente la protezione della vita”.

autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previo parere del Comitato etico territorialmente competente”.

Il Giudice delle leggi ha così rimesso tutto in discussione e lo ha fatto senza mai citare, nemmeno una volta, il nostro Codice di deontologia che vieta al medico (art. 17), anche su richiesta del paziente, di effettuare o favorire “atti finalizzati a provocarne la morte”. In questo modo è stato di fatto cancellato un principio-guida millenario che, con l’appropriatezza della cura (ed il pari divieto all’accecamento diagnostico e terapeutico), fungeva da principio-guida della relazione medico-paziente.

Relazione che non è assolutamente e mai solamente duale. Perché la metafora che meglio la rappresenta è quella di un trafficatissimo crocevia in cui si incontrano (non si scontrano) autonomie e responsabilità di soggetti diversi. Sicuramente quella della persona e del medico (o dei *team*) che prestano la loro opera ma non solo, perché in questa complessa relazione entrano sempre in gioco gli affetti parentali ed amicali della prima, il potere di rappresentanza di chi eventualmente tutela gli interessi generali degli incapaci, la responsabilità dell’organizzazione sanitaria oltre ai suoi doveri e gli interessi della collettività sempre più posizionati sullo sfondo di questo metaforico crocevia. Sfondo che tuttavia non può più essere spostato sul fuoco dell’infinito fino per sfocarlo in un’immagine indistinta attraverso la leva che aziona i diritti inviolabili dell’individuo che sembrano aver oramai definitivamente soppiantato i doveri inderogabili (come conferma tutta l’attuale questione dei No-Vax). E, come è naturale che sia perché la relazione sia autenticamente costruttiva per tutti i protagonisti che affollano quel

trafficato crocevia, essa non può essere svilita in maniera preconcepita attribuendo la priorità ad uno tra i plurimi interessi e valori in gioco, a patto che si voglia evitare che essa non si trasformi né in uno scontro né in una non belligerante alleanza. Ed a patto che si voglia ancora continuare a credere che l’esercizio dell’arte medica richiede non solo competenze tecnico-professionali ma anche e soprattutto una saggia e matura solidarietà umana costruita sulla capacità del medico di avere una salda e solida coscienza morale; in grado ancora di distinguere, tra l’uccisione volontaria della persona ed il non impedirne la morte perché il diritto di vivere non si converte nella banalità del suo contrario⁵. Come evidenziato dalla presa di posizione assunta dalla Consulta deontologica nazionale della FNOMCeO il 14 marzo 2018 poi confermata dalla FNOMCeO il 30 maggio successivo durante l’audizione alla Camera dei Deputati (Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali) in cui si conferma che la regola deontologica, a prescindere dalla sua natura giuridica o extra-giuridica, è la regola primaria alla quale il professionista deve ispirare l’agire professionale rivendicando il suo diritto di potersi sempre appellare alla clausola (o opzione) di coscienza quando al professionista medesimo vengano richiesti doveri contrari alla deontologia.

Con la sostanziale delegittimazione della deontologia medica e della stessa legge n. 219/2017, la Corte costituzionale ha, così, sbrecciato d’un sol colpo l’equilibrio su cui sembravano essere stati giuridicamente posizionati gli assi portanti della relazione di cura, oggi succube della tirannia del valore attribuito all’autodeterminazione della persona la quale, del tutto legittimamente, può chiedere l’aiuto al medico per potersi suicidare. Chiedere però ma non pretendere perché al medico nessun nuovo obbligo è stato, in tal senso,

⁵ D’AMICO E., *Il “fine vita” davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242el 2019)*, in Osservatorio costituzionale, 23 dicembre 2019.

attribuito, fermo restando che sarà, secondo i supremi Giudici, la “ [...] coscienza del singolo medico (a) scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato”. Ma quale coscienza? Quella di una categoria professionale la cui storia è sempre stata coerente con il sacrosanto divieto di uccidere? O la coscienza del singolo che, naturalmente, può entrare in collisione con quella dei doveri istituzionali o, molto più probabilmente, con quella degli altri componenti il *team* di cura non essendo certo pensabile che una pratica di aiuto medico al suicidio non debba richiedere, oltre a quello del medico, l'intervento di altri professionisti della salute.

E chi regolerà i possibili conflitti e, soprattutto, evitare che questa pratica non vada a compromettere gli interessi delle persone più fragili e vulnerabili? Sapranno, cioè, le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale mettere in atto quei controlli sostanziali e procedurali esplicitati dai supremi Giudici o ancora una volta i medici e le persone malate saranno lasciate al loro solitario destino?

Sono interrogativi complessi a cui risulta davvero difficile dare una risposta non superficiale che devono comunque interrogare le nostre personali coscienze e responsabilità pur continuando a credere che la relazione di cura debba essere promossa e valorizzata con l'incontro (non lo scontro) tra diverse autonomie e responsabilità in cui tutti sono chiamati a fare un passo indietro quando ciò sia necessario, non credendo più nel contrattualismo giuridico che si è insinuato nella *care* a garanzia degli interessi in gioco e che, molto spesso, tracima nella tracotanza della burocrazia inutile e nella deresponsabilizzazione morale.

Prendere sulle spalle una persona malata con il suo fenotipo biografico all'interno del quale si iscrive la molteplicità delle manifestazioni morbose della patologia medica non è certo un'operazione facile perché essa richiede buone doti di coraggio, spirito di sacrificio, sana prudenza ed una robusta compassione. Lo è ancor di più nel caso di persone fragili e vulnerabili i cui interessi reali (non solo

patrimoniali) sono spesso in balia a tutto ed a tutti, in un mondo in cui dominano i tratti egoistici e narcisisti della post-modernità. Farlo con coscienza è molto difficile e lo sarà ancor di più se la nostra coscienza collettiva viene abbandonata al libero arbitrio del singolo senza quei meccanismi di controllo pubblico che devono comunque garantire l'ordinato vivere collettivo.

Quanto questo dibattito sia attuale e urgente lo dimostra la cronaca recente con la notizia della richiesta del quarantenne marchigiano di ottenere il suicidio assistito dalla struttura sanitaria pubblica, con il parere positivo del comitato etico locale. Chi attuerà questa sua richiesta? Quale medico e quale *team*? Con quale modalità? Contravvenendo al codice deontologico? La discussione ed il dibattito continueranno soprattutto a livello giuridico e filosofico con una evidente recrudescenza del conflitto che esiste, da decenni, tra chi difende la sacralità della vita e chi, invece, si appella alla qualità del vivere. Saprà il dibattito affrontare, con sana prudenza, i molti principi e valori in gioco, definendo le regole d'ingaggio necessarie a proteggere i più deboli e vulnerabili? Saprà la discussione rispettare il pluralismo delle coscienze? E dare all'arte della cura uno statuto coerente con i principi informatori della nostra tradizione deontologica? Difficile dirlo e proprio per questa ragione la comunità medica deve contribuire responsabilmente al dibattito, facendo sentire forte la propria voce anche se talvolta non in linea con l'evoluzione del pensiero maggioritario della società post-moderna. ●

La richiesta di morte medicalmente assistita è scelta per la vita

Maurizio Mori

Professore ordinario di Filosofia morale e bioetica all'Università di Torino e presidente della Consulta di Bioetica Onlus

A volte un po' di semplificazione fa bene: aiuta a classificare meglio la realtà e a fare le grandi scelte di campo. A noi qui serve individuare il nesso che unisce lo scontro epocale sollevato dalla pandemia Covid-19 con la crescente richiesta di morte medicalmente assistita (suicidio o eutanasia), che ha preso corpo nella raccolta firme del Referendum. Questo nesso sta nel fatto che la concezione del valore della vita (umana) di stampo "progressista" – quella che mette al primo posto la tutela della vita fisica e limita poi altre libertà come quella di culto, di movimento (imponendo il Green Pass) etc. – sembra prevalere sulla concezione di stampo "conservatrice" che dà invece la priorità alla vita spirituale e condanna l'obbligo vaccinale, i limiti al culto, etc. Lo scontro tra le due concezioni del valore della vita è ancora in atto, ed

è tanto potente da portare a mettere in dubbio anche gli stessi fatti: a fine ottobre 2021 i dati ufficiali davano circa 5 milioni di morti di Covid-19 (lo 0.0625% della popolazione mondiale), ma per alcuni la cifra sarebbe gonfiata per dichiarare lo "stato di emergenza" preliminare all'instaurazione della dittatura sanitaria. C'è poi il disaccordo radicale sui valori. Per i conservatori, un rischio di morte dello zero virgola è trascurabile e normale, e non basta certo per giustificare né lo stravolgimento della vita sociale né i vincoli al culto, visto che la salute dell'anima ha la precedenza su quella del corpo. Negli Usa il presidente Trump ha seguito questa linea e ha perso le elezioni del novembre 2020 in cui era super favorito fino a qualche mese prima.

La concezione progressista pare abbia la meglio: la nostra è una civiltà che mette al primo posto il valore della vita (fisica), più tutelata che in passato. Sbaglia alla grande chi dice che saremmo succubi di una "cultura della morte" o "dello scarto". L'errore sta nel non considerare che la scienza biomedica ha allargato la nostra visione dei processi organici e ci porta a distinguere tra la vita meramente biologica (metabolismo biochimico) e la vita biografica (progetti, memorie, etc.). La nostra civiltà esalta la vita biografica buona, tutelata per tutti a partire dagli anziani.

Qui sta il nesso tra le scelte di contrasto al virus e la richiesta sempre più diffusa di morte medicalmente assistita: richiesta che va letta come scelta per la vita a tutela del compimento di una vita biografica buona. Da sempre la usuale situazione esistenziale degli umani è fatta di alti e di bassi in cui i momenti, anche i più negativi e duri, sono aperti all'arrivo di momenti positivi. Oggi, però, questo non capita sempre, perché a volte sappiamo che la biografia resterà per sempre di segno negativo senza speranza di ripresa: quando ciò accade si crea la situazione infernale, caratterizzata da dolore o irreversibile assenza di consapevolezza. È per evitare

la situazione infernale che oggi la gente chiede la morte medicalmente assistita: richiesta atta a garantire all'interessato il coronamento dell'esistenza col migliore livello possibile di biografia positiva. Le conoscenze e capacità d'intervento disponibili sono sufficientemente precise da poter evitare di continuare a lasciare alla "natura" la decisione ultima al riguardo. Le cure palliative, che attendono l'exit naturale, non sono alternative alla morte volontaria, ma complementari a essa. Si inizia con le cure palliative che spesso bastano a evitare la situazione infernale: ove non fossero sufficienti, benvenuta è la morte medicalmente assistita che oltre a rispettare l'autonomia dà voce alla solidarietà umana.

Il medico coscienzioso e benevolo, che nelle normali situazioni esistenziali ha il dovere morale di tutelare la salute e la vita del paziente, nel fine-vita ha il dovere di evitargli la situazione infernale e di garantirgli l'uscita dalla vita nel migliore dei modi, anche con l'aiuto diretto.

Non c'è posto qui per la cosiddetta obiezione di coscienza: la medicina è professione di servizio e l'interessato che necessita l'aiuto deve essere sicuro di poterlo ricevere. ●

L'eutanasia è un diritto?

Luciano Eusebi

*Ordinario di Diritto penale
Università Cattolica di Milano,
già membro del Comitato Nazionale
per la Bioetica*

Muoviamo dal quadro di fondo fissato dalla legge n. 219/2017.

Il malato, innanzitutto, non deve soffrire: gli vanno assicurate le cure palliative e in prossimità della morte, se le sofferenze si rivelano refrattarie ai trattamenti, si può ricorrere alla sedazione palliativa profonda. Ciò premesso, il malato, se la sua scelta è libera e informata, non solo può rinunciare a determinati trattamenti, ma anche chiederne l'interruzione, pur se ne deriverà la morte.

Rimanendo aperto, è inevitabile, un problema: che simile scelta derivi da una considerazione equilibrata sul senso della vita vissuta e di un ulteriore contrasto della sua fine naturale, oppure sia compiuta in odio alla vita o condizionata da disperazione, solitudine, percezione di sé stesso come un peso per gli altri, dipende in gran parte da come quel malato sia stato accolto e assistito. Per cui la legge stessa esige che il medesimo sia sostenuto nella sua condizione di malattia, anche ricorrendo ai servizi di assistenza psicologica. Il medico in ogni caso, se non può costringere il paziente a un trattamento sebbene lo valuti proporzionato, non può limitarsi a registrare una volontà di rinuncia, ma deve pur sempre adempiere alla sua posizione giuridica di garanzia mantenendo aperto un rapporto dialogico

con quel paziente. Essendo noto, del resto, come necessiti sempre un certo tempo, a chi la riceva, per elaborare una notizia di malattia e come spesso la stessa volontà dichiarata di lasciar intervenire la morte nasconda un appello al non abbandono.

La legge n. 219 permette inoltre di redigere DAT «dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche», ma circa il loro deposito non precisa, come invece il Codice deontologico, che di tale informazione resti «traccia documentata». Tuttavia, come potrebbero essere valide (fermi i casi in cui lo esclude la legge stessa) DAT predisposte, magari attraverso moduli a crocette, senza dialogo con un medico? Il che lascia propendere per la preferibilità del ricorso, esso pure previsto, a una «pianificazione condivisa» col medico che abbia in cura il paziente. La medesima legge definisce, altresì, come trattamenti sanitari anche l'alimentazione e l'idratazione attuate con dispositivi medici: ma, in proposito, bisogna almeno distinguere tra i casi in cui esse contrastino gli effetti di una patologia che coinvolga la capacità nutrizionale e i casi in cui suppliscano, non potendo dirsi trattamenti sanitari, a una mera carenza di autonomia del malato.

Oggi si prospettano due soglie di delicatissimo superamento di un tale quadro: l'una ammettendo un ambito di cooperazione diretta al darsi la morte da parte del malato stesso; l'altra superando lo stesso controllo del malato sul farmaco che produce la morte e ponendo la causazione di quest'ultima nelle mani di un altro soggetto (con rischi di sviluppi ulteriori verso l'eutanasia senza consenso).

Un passaggio, il primo, connesso alla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale, che, ribadita la legittimità, specie a tutela delle persone fragili, del divieto di aiuto al suicidio, ha tuttavia ritenuto eccezionalmente non punibile tale aiuto sulla base di requisiti in apparenza molto circoscritti, ma la cui tenuta è assai dubbia. Senza peraltro

«creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici» e attribuendo al SSN solo un compito di verifica circa il rispetto degli stessi. Mentre il secondo passaggio è richiesto dai fautori del referendum sull'eutanasia.

Posto, tuttavia, quanto garantisce la legge n. 219, davvero vi sono ragioni convincenti per operare simili passaggi, lasciando cadere il principio cardine della convivenza, ribadito dal Codice deontologico, del non agire per la morte altrui?

Il diritto di morire, in realtà, è un diritto ambiguo, perché implica una potente sollecitazione a esercitarlo. Facendo sì che il ricevere sostegno medico e umano anche quando è impossibile guarire non sia più normale, ma divenga oggetto di una *pretesa*. Con implicita colpevolizzazione di chi lo richieda, tanto più alla luce del ripetuto messaggio mediatico per cui, in certe condizioni, la scelta *dignitosa* sarebbe quella di morire.

Ma proprio la pandemia ci ha fatto capire come l'enfasi su veri o presunti diritti individuali abbia messo in secondo piano i diritti sociali, e fra di essi quello a una tutela efficiente della vita di tutti, cominciando dai più fragili.

Rischia quindi di agire, sul piano sociale, l'idea che si possa eludere il problema della morte rendendo quest'ultima dominabile, poiché ricondotta a un controllo di ordine tecnico.

Una soluzione, però, fittizia, la quale finisce per reperire nella morte una risposta che può essere messa in conto rispetto ai problemi del paziente, in luogo dell'impegno in suo favore. ●

Le donne e il lavoro in sanità: quale futuro?

Annalisa Voltolini

Oggi un medico su due in Italia è donna. Solo 150 anni fa le donne poterono iscriversi alla facoltà di Medicina. Il contributo delle donne nel settore sanitario è cresciuto ampiamente negli ultimi anni: **nel 1960 le mediche erano il 6,8%, oggi sono il 54%**, ma la percentuale si alza tra le giovani, solo poche però rivestono ruoli manageriali, infatti, solo una su tre si trova ai vertici. Anche nel resto del mondo il *gender gap* in sanità è marcato: oltre il 70 per cento sono donne, ma queste ricoprono solo il 35 per cento dei ruoli manageriali, secondo il *World Economic Forum's 2018 Global Gender Gap Report*.

A penalizzare le donne sono prevalentemente ostacoli di ordine culturale e sociale, difficoltà a conciliare vita lavorativa e familiare, limiti nell'accesso a network di influenza e mancanza di modelli femminili a cui ispirarsi.

Agenda 2030 dell'ONU: parità di genere e superamento del *gender gap*

Il raggiungimento della parità di genere e il superamento del *gender gap* fanno parte degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile dell'ONU (**obiettivo 5**). Si rende quindi non più rinviabile una riorganizzazione e una *leadership* femminile in questo settore, così popolato da donne. Tra qualche anno il cambio generazionale e

l'esodo pensionistico della generazione dei *baby boomers*, porterà le donne ad assumere posti apicali. Già ad oggi il numero di studentesse iscritte a Medicina, sempre più della metà del totale, conferma e solidifica il trend.

La sanità è già donna ma è stata pensata più di 40 anni fa con un'ottica se non maschile, neutra, senza tenere conto dei bisogni della forza lavoro che è a maggioranza femminile. L'analisi delle specializzazioni mostra nelle specialità chirurgiche percentuali assai minori di donne, sia in assoluto sia in relazione alle posizioni di maggiore verticalità.

Il primato negativo di rappresentanza tra tutte le specialità chirurgiche è quello dell'Ortopedia e Traumatologia.

Secondo i dati del ministero dell'Università e della ricerca, nel 2019 (ultimi dati disponibili) il rapporto F/M dei laureati era 5578/4511 e il rapporto F/M degli specializzati in ortopedia nello stesso anno è stato 33/127.

Essere una donna condiziona la scelta della specialità, la possibilità di formazione ad alto livello e la progressione di carriera. I numeri la dicono lunga quando si riscontra che il 50% delle chirurghe ritiene di essere stata discriminata nel corso della formazione o professione e che il 63% dichiara che appartenere al genere femminile rappresenta un ostacolo alla carriera. Fra qualche anno, secondo le statistiche, oltre la metà dei chirurghi saranno donne e le strutture ospedaliere non saranno attrezzate per consentire a queste professioniste di conciliare lavoro e famiglia e probabilmente, ancora molte, dovranno cambiare il loro indirizzo a discapito della collettività.

Il problema culturale e le possibili soluzioni

È necessario risolvere un problema culturale di segregazione orizzontale nelle scelte della specialità, spesso legato a stereotipi, oltre che a problemi organizzativi, e la segregazione verticale, attraverso una progressione di carriera secondo un principio meritocratico che prescindano dal genere. Serve un'organizzazione del lavoro che superi i modelli maschili soprattutto in termini di orario, un'organizzazione sociale e familiare che premi la condivisione del lavoro di cura (potenziamento del congedo di paternità), potenziamento del *welfare* aziendale e delle infrastrutture educative e sociali (asilo nido, tempo pieno, servizi per disabili, anziani e fragili) per favorire la conciliazione famiglia-lavoro ed offrire alle donne reale parità di opportunità di crescita e di carriera: uguaglianza delle posizioni di partenza, stesse opportunità e medesimi ostacoli lungo il percorso e superamento del divario salariale. **Ma è necessario anche realizzare l'empowerment delle donne, cioè realizzare un percorso di crescita e consapevolezza e di trasformazione dell'approccio delle mediche alla gestione della propria carriera all'interno delle strutture sanitarie**, al fine di cambiare la cultura organizzativa a partire dal basso. In questo modo si può riuscire anche a infrangere il soffitto di cristallo che non consente l'ascesa verticale delle donne nella sanità pubblica e privata, e raggiungere così un maggior equilibrio di genere.

Quanto emerso dalla pandemia

Come si legge in apertura della missione 6 del PNRR *"la pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici. Nel complesso il SSN presenta esiti sanitari adeguati, un'elevata speranza di vita alla nascita nonostante la spesa sanitaria sul Pil risulti inferiore rispetto alla media UE"*.

Se c'è una cosa su cui tutti i professionisti della sanità concordano è che la pandemia da COVID-19 abbia finalmente portato alla luce la dolorosa consapevolezza che così com'è il sistema non funziona. Martoriata da anni di tagli, cattiva "manutenzione" e un'impostazione guadagno-centrica, la sanità italiana ha sacrificato l'aspetto di cura universale perdendo d'occhio le necessità di lavoratrici e lavoratori e di pazienti. La lezione della pandemia, l'agire in funzione di un problema sconosciuto e, all'inizio, apparentemente senza soluzione, ha messo in luce la necessità di un ripensamento globale della Sanità pubblica rispetto alle attuali richieste di salute.

Se già da tempo, un po' ovunque, le trasformazioni dei sistemi di cura nei vari Paesi apparivano urgenti, ora, è quanto mai necessario agire perché le mutazioni drammatiche del rapporto tra ambiente e salute, sviluppo e sostenibilità, richiedono una diversa organizzazione del lavoro, che influenzerà la presenza delle donne che curano e la relazione con i luoghi di cura. È indubbio, infatti, che la crisi di *management* sia già in atto e che siano utili, fin d'ora, proposte per un'agenda di trasformazione sanitaria, rivalutando non solo le condizioni di cura, ma anche le reti e l'adeguatezza degli ospedali. Oggi, riflettere sul concetto di "continuità" tra cura e benessere, tra territorio e ospedale, è prioritario, anche per contenere le infezioni e limitare i ricoveri.

Immaginare un servizio diverso, luoghi diversi della cura e un nuovo tipo di *management*, perché quello di oggi non è funzionale né alle donne né agli uomini, ma solo al sistema neoliberista che vede nello sfruttamento del tempo della vita

delle persone la sua esistenza per fare profitto. Durante la pandemia le donne hanno ricoperto un ruolo fondamentale in sanità (e in tutti i servizi di cura scuola, grande distribuzione, lavoro domestico e assistenziale), sono state la maggioranza della forza lavoro che ha personificato la risposta del SSN italiano ad essa, ma sono state quasi totalmente estromesse dalla gestione ai vertici istituzionali dell'emergenza, vedi *task force* varie. La grande prova offerta dalle donne ha già dimostrato le loro capacità dirigenziali e ora bisogna elevare a sistema le loro esperienze più funzionanti: le donne possono rifondare la Sanità perché competenti, capaci di organizzarsi, indispensabili per la medicina. Tuttavia, le donne non hanno ancora gli strumenti per esprimere liberamente la sovranità e la creatività della differenza femminile.

La difficile scelta di lavorare in sanità

Un comprensibile bisogno di meritocrazia e di riconoscimento è la caratteristica più appetibile che portano in dote, insieme alla proverbiale instancabilità (lavorano per quattro, il loro *multitasking* elevato a sistema è una reale sicurezza per tutte le aziende), ma è necessario che a disegnare il futuro del lavoro di cura sia chi il lavoro lo fa, non i decisori politici, più spesso maschi. Se oggi la scelta di lavorare in sanità offre ancora delle possibilità di un lavoro stabile, non è detto che avvenga la stessa cosa per la vita privata di coloro che prendono questa decisione.

La vita personale sembra, infatti, essere sempre più precaria, soprattutto in termini di qualità.

Le più colpite da questo fenomeno sono le donne, che, se non adeguatamente supportate, spesso si trovano a dover fare una dura scelta, quella tra lavoro e famiglia. Le difficoltà più importanti sono relative ai turni notturni, al lavorare durante i week-end e per più di 36 ore a settimana.

Il tempo trascorso al lavoro è principalmente dedicato all'attività clinica e "burocratica", sempre più intensa, tralasciando così quella di ricerca, che

diviene sempre più difficile da perseguire anche nel raggiungimento di posizioni accademiche. Le ragazze ed i giovani allora scelgono altre professioni. Le analisi identificano fra i principali fattori che influenzano la carenza di medici a livello internazionale una formazione lunga e costosa, il fenomeno della migrazione dei medici, l'evoluzione dei modelli di lavoro, il prepensionamento, la non linearità dei percorsi di sviluppo di carriera, l'innovazione tecnologica e la questione del genere.

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto è importante avere consapevolezza di genere nella pianificazione e gestione delle risorse umane con profilo sanitario.

Il genere influenza le scelte occupazionali, i modelli di carriera e le modalità lavorative.

Occorre dunque considerare come le diverse strategie, le condizioni di lavoro e le tipologie di contratti di assunzione influenzino la composizione di genere della forza lavoro sanitaria e l'efficacia delle risorse umane con profilo sanitario.

Tra le sfide emergenti della pianificazione delle risorse umane nel settore sanitario vi è proprio quella di migliorare le opportunità del mercato del lavoro per la compagine femminile, di perseguire l'uguaglianza all'interno e tra gruppi professionali e nell'organizzazione del lavoro, al fine di ridurre la gerarchia di genere e la stratificazione dello status professionale in base al genere.

Il tema da affrontare è quello di come ciò agisca sulle organizzazioni pubbliche e private, specialmente in termini di *performance* e azioni aziendali.

Una possibile strategia operativa è il **bilancio di genere**, cioè uno strumento di rendicontazione che, accanto alle altre dimensioni aziendali che vengono monitorate e sono oggetto di misurazione, aggiunge la prospettiva del genere e come le differenze di genere impattino sul funzionamento organizzativo, su come queste vengano valorizzate e tutelate, ma anche come le scelte economiche impattino diversamente sui generi per poterle orientare.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Le disuguaglianze di genere hanno ripercussioni sulle opportunità degli individui e conseguentemente limitano la crescita economica del Paese. Creare le condizioni culturali, sociali e formative per incrementare l'occupazione femminile rappresenta la strada per colmare le disuguaglianze e consentire la ripresa. Per questo il PNRR affronta le disuguaglianze di genere in maniera trasversale, sviluppa con le sue missioni le priorità della *Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026* e le articola in un programma volto sia a favorire la partecipazione femminile al mercato del lavoro, direttamente o indirettamente, sia a correggere le asimmetrie che ostacolano le pari opportunità sin dall'età scolastica. L'obiettivo ambizioso è un aumento del 4% dell'occupazione femminile entro il 2026, ma le risorse stanziare e gli interventi inseriti nel PNRR non compongono un quadro di misure efficaci per distribuire in maniera più equa i carichi di cura e permettere una piena partecipazione al mondo del lavoro delle donne. Gli stanziamenti non sono sufficienti e soprattutto manca un piano organico e strategico, l'investimento per la parità di genere è residuale, non chiuderà il *gap* occupazionale e sociale tra uomini e donne, rischiando così di trasformarsi nell'ennesima occasione persa lungo la strada della parità. La fase attuativa è appena iniziata e durerà cinque anni, un tempo breve in cui occorre definire la progettazione esecutiva per ogni misura. È necessaria la presenza delle donne nei luoghi decisionali di allocazione delle risorse, affinché l'ottica di genere "a monte" eviti il rischio di riproporre stereotipi che riproducano le stesse logiche maschili nella composizione e organizzazione del mercato del lavoro e per superare interventi di breve periodo (incentivi) in favore di progetti più strutturali che favoriscano il lavoro delle donne sia sul versante dei percorsi formativi (incentivare le ragazze verso le professioni STEM, professioni del futuro e meglio retribuite), che nell'organizzazione del

lavoro. Il PNRR prende atto di un'evidenza culturale: *curare* è un verbo al femminile (vedi focus sul divario di genere). Il Piano non contempla nessuna misura per favorire un coinvolgimento diretto degli uomini alla co-genitorialità ed alla condivisione del lavoro di cura come, ad esempio, un ulteriore potenziamento del congedo di paternità.

Le politiche di genere

Si dovrebbero superare le politiche di conciliazione come mere politiche di genere e farle diventare politiche rivolte alle lavoratrici e ai lavoratori con investimenti pubblici ed infrastrutture sociali indispensabili per creare sviluppo ed occupazione.

Ad esempio sarebbe utile:

- ✘ incrementare il numero e la diffusione degli asili nido trasformandoli da servizio a domanda individuale a servizio educativo, secondo un concetto di universalità del diritto, ma anche di luogo formativo e di socializzazione dei bambini;
- ✘ aumentare il tempo pieno nella scuola primaria;
- ✘ rafforzare le strutture socio-assistenziali per anziani e disabili;
- ✘ introdurre sgravi fiscali sul lavoro di assistenza domestica;
- ✘ ridurre l'IVA sui prodotti per l'infanzia e per gli anziani;
- ✘ aumentare i massimali per le detrazioni delle spese destinate alla cura di bambini e anziani;
- ✘ superare il divario salariale di genere;
- ✘ computare i congedi parentali come utili al calcolo dei premi di produttività;
- ✘ colmare il differenziale previdenziale dovuto alla discontinuità lavorativa più presente nelle donne per dedicarsi al lavoro di cura;
- ✘ rivedere l'organizzazione del lavoro: tempi e modalità più flessibili, ampliamento del lavoro agile
- ✘ implementare la formazione in relazione ai processi di digitalizzazione e transizione *green*, cogliendo le opportunità create dalla *digital transformation* in atto.

L'esperienza della pandemia ha evidenziato l'importanza di incrementare l'utilizzo delle tecnologie più avanzate con relative elevate competenze digitali, professionali e manageriali, di introdurre nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure (telemedicina) e di creare un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

Women20, il forum del G20

In occasione del *Women20*, il forum del G20 dedicato all'uguaglianza di genere, è stata istituita la commissione "*Equity in Health*" per colmare il divario tra persone e politica con azioni mirate ad aumentare la diffusione e gli investimenti in strategie efficaci per affrontare le disuguaglianze di genere nei sistemi sanitari. Per "*Equity in Health*", è fondamentale "*sviluppare e finanziare piani strategici multidisciplinari sulla medicina di genere*" innanzitutto "*investendo in una ricerca che consideri le differenze biologiche e di genere unitamente ai principali fattori di rischio, ai biomarcatori, ai meccanismi di funzionamento e di esito delle malattie, al metabolismo e alla risposta ai farmaci*".

Una nuova visione del mondo con lo sguardo di donna.

Questa è la sfida lanciata da *Women20*. La sensazione è che qualcosa stia cambiando, che cresca la consapevolezza che una rivoluzione rosa è possibile e auspicabile. *Equity in health* ha chiesto ai *Leader* del G20 di integrare la questione di genere nella loro Agenda e di riconoscere le donne come contribuenti attive nel portare soluzioni trasformative e nel costruire al meglio la ripresa. Il G20 può fare la differenza indicando con forza la strada dell'*empowerment* femminile ai governi attraverso obiettivi chiari, monitoraggio del loro raggiungimento e forte investimento sugli stessi. Un vero e proprio cambiamento di paradigma, che fa bene alla crescita in Sanità e nell'intero mercato del lavoro e fa bene al Paese. ●

Medici in pensione, medici che invecchiano: quale identità?

Renzo Rozzini

Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero

“Il passaggio da un’età all’altra della vita non è un evento riconducibile a una serie di automatismi biologici o psicologici, assomiglia più a un incidente che a un fatto programmato che, come tale, si realizza con la necessaria gradualità. È un accadimento a cui non si è mai sufficientemente preparati, un salto, spiccando il quale qualcosa si distacca da noi o perché resta di qua, sulla sponda che ci siamo lasciati alle spalle, o perché si perde nel vuoto sottostante, o ancora perché, stretto a noi, si rivela tuttavia inaspettatamente inadeguato e anacronistico rispetto alla nuova situazione. Improvvisamente, per il proprio e per gli altrui sguardi, non siamo più ciò che prima eravamo o ritenevamo di essere” (F. Stoppa, 2021).

Testimonianze

- “È fondamentale avere la giornata organizzata secondo una *routine*, ma al suo interno sono necessari tempi vuoti, elastici”.
- “Io e mia moglie abbiamo modo di stare insieme molto più di quanto abbiamo avuto in molti anni (la nuova convivenza ha provocato tensioni di assestamento non indifferenti)”.
- “Chi mi vede passeggiare in città mi chiede cosa faccio, com’è la nuova vita da pensionato. La domanda rimane nonostante tutto imbarazzante e rispondo con qualche bugia, che faccio ancora cose interessanti, anche se non è la verità (“improvvisamente, per il proprio e per gli altrui sguardi, non siamo più ciò che solo poco prima eravamo o ritenevamo di essere”).
- “Mi ero ripromesso di non fare la festa di pensionamento, volevo evitare di concelebrare il mio “funerale” professionale. Sono invece stato gratificato del riconoscimento di molti colleghi d’ospedale, degli infermieri, di tutto il personale e dei molti segni di stima ricevuti”.
- “Mi rendo conto come alcuni benefici, ad esempio il supporto informatico, fossero importanti. Li davo per scontati. Due giorni fa il mio computer si è bloccato per un arresto del sistema, mi sono sentito impotente. In ospedale sarebbe bastata una telefonata al CED”.
- “Non so dove mettere i libri e le fotocopie dei lavori scientifici accumulati negli anni e che tenevo in studio. Nessuno sa che farsene, ma a casa non c’è spazio e mi spiace mandarli al macero”.
- “Appena in pensione mi sono iscritto a una palestra (tre volte a settimana), ma dopo tre mesi ho smesso di frequentarla. Non ho tollerato la *routine*, l’obbligo di frequenza mi è diventato insopportabile”.
- “Lavorando da volontario in un’associazione culturale scambierei interessi e opinioni, potrei conoscere nuove persone. Ma questo comporterebbe un impegno fisso. Quando me l’hanno proposto ho detto di no; sono consapevole di aver perso un’opportunità, ma non voglio più obblighi, voglio essere libero.

Capisco perché i pensionati siano riluttanti a impegnarsi in attività con coinvolgimento sistematico”.

- “Il tempo che ho è finalmente mio, ma spesso mi sento in colpa per il troppo ozio. Ho due angeli appollaiati sulle spalle: uno mi dice all’orecchio: «Rilassati!» l’altro chiede: «Non dovresti fare qualcosa?»»
- “Il mio vecchio posto di lavoro mi è diventato sconosciuto. Pur essendo via da poco più di un anno, ho capito che non potrei rientrare, sedermi alla scrivania e riprendere i miei vecchi doveri. Le cose sono cambiate e quando si è fuori si è fuori”.

Invecchiamento e pensionamento

La vecchiaia è un tema non accademico (lo si è riscoperto drammaticamente nella pandemia che ha mietuto vittime soprattutto tra gli anziani: l’età media dei decessi da Covid-19 è di ottant’anni). Accanto alla vecchiaia anagrafica, biologica e burocratica (l’età del pensionamento), c’è anche la vecchiaia psicologica (la “senilità” raccontata da Italo Svevo nel romanzo omonimo); dalle sofferenze della vecchiaia psicologica ci si può riprendere, più difficile è riprendersi da quelle dell’invecchiamento biologico, anche se la medicina e la chirurgia moderne spesso fanno miracoli. Generalmente tutte comportano qualche disagio.

Qualche anno fa, Giorgio, sessantenne, imprenditore affermato e mio amico, mi chiese: “tu che studi l’invecchiamento, vedi anche tu il muro che si avvicina? Dammi qualche regola per non andare a sbattere”. Provai a redigere un decalogo per raggiungere e vivere il traguardo dell’età avanzata con il minor numero di intoppi, una serie di considerazioni derivanti dalla mia esperienza quarantennale di studioso dell’invecchiamento. Se le confronto con quelle più ordinarie e pur imprescindibili della medicina formale, ispirate alle linee guida della prevenzione delle malattie della vecchiaia (i.e. fumo, ipertensione, *screening* oncologico), qui c’è meno intrusione medica. La diversità è probabilmente dovuta al maggior valore attribuito alla libertà individuale rispetto alla sicurezza, alla “vita biografica buona” rispetto alla mera sopravvivenza (**Vedi Tabella**).

La stessa domanda me la fa l’amico Angelo,



medico sessantenne, che però mi chiede di essere più specifico, dice di condividere quasi tutto, ma “noi siamo medici, conosciamo le malattie, le medicine e le persone, come sarà il nostro pensionamento e la nostra vecchiaia?”. **Effettivamente la nostra vita professionale ha un’indubbia specificità: andiamo in pensione dopo aver fatto nostre per anni le sofferenze degli altri, le loro malattie, il loro male di vivere. Siamo stati immersi nel dolore tutta la vita, abbiamo avuto per quarant’anni l’umanità nelle vene come fosse un’infusione continua. Quando si stacca la flebo che si fa? C’è qualche grado di astinenza?**

Cerco con Google “medici e pensione”, “la vecchiaia dei medici”: il problema è affrontato solo in termini amministrativi (quando di può andare in pensione? In pensione a 70 anni? In pensione a settantadue anni? “Moltissimi medici andranno in pensione nei prossimi anni”), ma una riflessione sulla domanda di Angelo non la trovo. Così specifica non sono in grado nemmeno di trovarla su PubMed.

Anche se richiamo alla mente le storie di diversi medici conosciuti andati in pensione o che ho avuto la ventura di avere come pazienti, non sono in grado di identificare un profilo di pensionamento comune e peculiare: sebbene le motivazioni alla nostra scelta professionale affondino quasi sempre le loro radici nel desiderio condiviso di impegnarsi in una relazione di cura, l’esito

vitale al termine del nostro lavoro mi appare multiforme, un fiume con una foce a delta. Lo spettro comportamentale è ampio: va dal medico che chiude drasticamente con la professione il giorno dopo l'uscita dal lavoro (e chiude irrevocabilmente il telefono), a chi accetta la fine del lavoro con indifferenza e passività; a chi vive con liberazione il distacco dagli affanni quotidiani, rifiuta di vedere le proprie rughe e camuffandosi con la maschera dell'eterna giovinezza si intraprende nuove direzioni (viaggi) o interessi prima non frequentati; chi si ribella alla vecchiaia professionale sforzandosi di continuare il lavoro di sempre (professione e vita sono la medesima cosa, il proprio tramonto coincide con la morte. Il tempo e gli acciacchi non bastano a indicare la via del riposo).

Negli anni di vita medica sono forse entrati in gioco troppi fattori che rendono ragione dell'impossibilità di un tratto comune, ne ostacolano una riduzione schematica unitaria che a sua volta impedisce (mi impedisce) di vedere quanto è legato al profilo personologico, o alle differenze di genere, o ancora sia stato forgiato dall'esperienza di lavoro variabilmente impegnato. Non c'è un "meglio" specifico.

L'arte di tramontare

Chi invecchia tende a restare fedele ai principi maturati e fatti propri nel corso della vita, a restare affezionato ad abitudini che, una volta formate, si fatica a cambiare. Sarebbe sbagliato generalizzare, ma in buona parte dei casi così avviene.

Nel libro "Le età del desiderio. Adolescenza e vecchiaia nella società dell'eterna giovinezza (Feltrinelli 2021)", Francesco Stoppa individua nell'adolescenza e nella vecchiaia "le età per antonomasia della vita", intendendo per età "quelle soglie critiche che ci costringono a rinegoziare il rapporto con noi stessi e col mondo" e per vita "ciò per cui non siamo mai pronti". Il desiderio riguarda "ciò che si muove in noi nel momento in cui ci troviamo in uno stato di smarrimento conseguente alla perdita delle nostre certezze", "è l'ospite inatteso e spesso ingombrante o recalcitrante, sparglia i buoni propositi costringendoci a ritornare sui come e sui perché". Sebbene

in questo periodo appaiano, al mondo adulto, gli esseri più avulsi, i meno adatti a intraprendere nuovi percorsi, nel momento in cui i vecchi provano però a riconsiderare il valore e la propria traiettoria vitale divengono dei veri laboratori di "scrittura e riscrittura della condizione umana"; al contrario, essendo così fortemente ingranati in un sistema, e i sistemi l'uno nell'altro in un tutto, facendosi da parte, corrono il rischio di perdere per sempre il loro posto.

La transizione del pensionamento non è obbligatoriamente votata a passioni tristi (nostalgia, rassegnazione, rancore), richiede piuttosto di esercitarsi in una disciplina che qualcuno ha saputo definire come l'arte di tramontare. Un'arte paradossale, che non prevede il generarsi di qualcosa di nuovo, ma un saperci fare con sé stessi, in termini per certi versi inediti, seppur con meno energia, meno illusioni e ovviamente tempo di vita (ci si potrebbe chiedere che disciplina sia quella che pratica il graduale sottrarsi dalla scena senza che questo significhi dileguarsi, scomparire).

Alla luce di quanto si è appreso dal passato, c'è da mettere ancora una volta la vita al centro del proprio interesse, anche se ora la vita sembra poter fare a meno di essere vidimata dalle proprie opere.

È indubbio che ci voglia un certo "spirito acrobatico" per arrivare a concepire il proprio tramonto come un varco, un passaggio, e non una voragine, per saper essere riconoscenti al proprio destino di averci portati fin lì e rivivere i contrasti e le sfumature, gli affanni e i battiti della condizione umana.

Tutti si arriva in un luogo che è più lontano di quanto avessimo immaginato, si arriva e ci si può imbarcare in altre avventure. ●

Letture:

- STOPPA Francesco, *Le età del desiderio. Adolescenza e vecchiaia nella società dell'eterna giovinezza*, Feltrinelli, 2021
- ROZZINI Renzo, *Il decalogo per una vita longeva*, Giornale di Brescia, 6 Agosto 2017
- MAGNO Michele, *Vecchi ma belli*, Il Foglio, 23 Ottobre 2021

1 Metti la cura del corpo al primo posto delle tue priorità ed esercita i muscoli delle gambe con un'attività motoria quotidiana e sistematica.

Tra mente e corpo c'è reciproca necessità: la mente richiede che il corpo funzioni bene, il corpo che la mente sia in ordine e lo tenga in ordine. In questa reciprocità ci sono differenze importanti: la mente "in crisi" ha più possibilità di adattamento (plasticità?); il corpo, quando malato o disabile, ha minori capacità di "risposte adattive" e ha un peso più "definitivo" nel condizionare la mente. Il corpo è più "attaccato" alla vita della mente: noi viviamo perché il corpo ci induce a farlo. Anche una mente molto malandata continua a vivere quando il corpo tira avanti, mai il contrario.

2 Non ingrassare, mangia poco.

Gli scienziati sanno da decenni come far vivere più a lungo lieviti, topi e altri organismi: dare loro meno cibo. Purché i bisogni nutrizionali essenziali siano soddisfatti, limitare l'apporto calorico aumenta significativamente la durata della vita di molti animali da laboratorio. Negli uomini le dimostrazioni di questa affermazione sono meno definitive, ma un corpo pesante è comunque un "peso" da portarsi appresso, ne corrompe col tempo la capacità di funzionare perfettamente.

3 Scegli un medico che conosca le malattie croniche, che ti dia consigli utili, praticabili e sensati.

Le patologie principali dell'età adulta sono quelle croniche. Richiedono una conoscenza specifica della loro traiettoria, del loro peso sulla sopravvivenza e sulla disabilità, della loro interazione, dell'efficacia dei loro trattamenti a ogni specifico stadio, del loro impatto psicologico, dei bisogni medici che inducono, ma anche assistenziali. Richiedono motivazione perché il paziente partecipi attivamente alla loro cura. Il medico che conosce le patologie croniche può dare consigli sensati e sostenibili.

4 Sii cordiale e fai in modo che anche i tuoi familiari coltivino la simpatia: nel momento della malattia le persone cortesi ricevono la miglior cura per sé e per i propri cari.

La gentilezza produce atti di bontà: l'esperienza medica, e molti studi, indicano che i pazienti che possiedono un tratto gentile (cioè cordialità, gentilezza, affabilità, sensibilità) ricevono le migliori cure. Il tratto gentile è parte della personalità (psicotipo), un dono della natura, ma ugualmente può essere coltivato ed educato.

5 Controllati, l'età non certifica la bontà del pensiero; la tua "verità", spesso irritante e segno di un "tuo" malessere, allontana gli altri; la relazione è fatta anche di opportune semiverità.

La relazione con altri comporta la capacità di dire e di ascoltare: una delle credenze tipiche dell'invecchiamento è che in ragione degli anni, e della ipotizzata saggezza che l'invecchiamento comporterebbe, si sia autorizzati a dire le cose senza mediazione, incuranti della capacità degli interlocutori di saper accogliere le nostre affermazioni. Spesso le nostre "verità" non mediate, impulsive, sono solo segno di un nostro malessere, una lamentosità che guasta e impedisce la bontà di una relazione.

6 Sii interessante (cioè fai in modo che gli altri provino interesse per la tua persona) e non lamentarti.

Ogni persona è attratta dall'altro per quello che gli può dare: cultura, sapere, bellezza, virtù, bontà, ecc. Coltivare gli aspetti che ci rendono unici, riconoscibili e quindi meritevoli di attenzione è un fondamento per mantenere le relazioni.

7 Passa la maggior parte della giornata fuori casa; telefona ogni giorno ai tuoi figli e nipoti e chiedi se puoi fare qualcosa per loro. Evita l'isolamento.

Vivere fuori casa significa vivere nelle temperie della relazione. Significa vivere.

8 Risparmia, col denaro si possono evitare o alleggerire molti disagi dell'invecchiamento.

La povertà e la malattia sono le peggiori piaghe dell'invecchiamento. Alcuni piaceri meglio fruibili nell'età che passa (per la disponibilità di tempo in primo luogo) sono possibili solo se si ha qualche risorsa. I disagi dell'invecchiare possono essere temperati da alcuni benefici che solo il denaro ti può dare. Nell'invecchiamento la formica batte la cicala.

9 Commisura le richieste alle possibilità di ricevere risposte. Se chiedi, anche a te stesso, quello che non puoi avere diventi frustrato e patetico. Cerca di essere realista, accontentati.

L'invecchiamento sereno è una mistura di felicità e dolore. In età avanzata è possibile avere gli strumenti per conoscere tutto della vita e non esserne sorpresi dall'incedere. Chiedere ciò che la vita non può dare, non può più dare, produce inevitabile frustrazione. Domandare ciò che si può ottenere, "accontentarsi", rende contenti.

10 Affronta con determinazione la finitezza del vivere; fai in modo che la realtà impietosa nei porti domande, non ti trovi impreparato.

L'invecchiamento è l'ultima parte della vita e pone la persona di fronte al significato dell'esistenza; le domande del senso del vivere sono ineludibili, essere pronti ad affrontarle aiuta a concludere la vita in modo sereno.

TABELLA: Decalogo per una vita longeva



Lucidità progettuale per gli investimenti edilizi della “nuova sanità”

Alessandro Signorini

Specialista in Igiene e Tecnica Ospedaliera

La sanità italiana sta coltivando grandi aspettative in relazione alla possibilità di finalizzare una consistente mole di risorse finanziarie per “ristrutturare” la propria offerta di servizi, grazie alla disponibilità degli stanziamenti previsti dal PNRR e da varie iniziative supportate dalle diverse amministrazioni regionali.

Le linee di investimento prioritariamente individuate sono riferite, in primo luogo, al potenziamento dei servizi territoriali che troveranno una propria piattaforma operativa nell’ambito di vere e proprie strutture fisiche (case della salute, ospedali di comunità), senza trascurare la necessità di un ulteriore intervento di ammodernamento e rifunzionalizzazione della rete degli attuali ospedali.

Per entrambe le prospettive sussiste la necessità di risolvere preliminarmente lo snodo relativo a che cosa si vorrà esattamente costruire e come lo si vorrà rendere appropriato organizzativamente e spazialmente, in relazione ai contenuti operativi che verranno implementati nel tempo.

Il lavoro degli architetti e dei progettisti risulterà sicuramente più facile e coerente se potranno contare su una chiarezza strategico-funzionale da parte del “committente” delle opere che, sicuramente pressato dalla necessità di finalizzare rapidamente le risorse

finanziarie disponibili, potrà cedere alla tentazione di dedicare attenzione prioritaria al “contenitore strutturale”, piuttosto che ai contenuti veri e propri dei servizi e delle corrispondenti reti funzionali.

La storia ci insegna che quando un progettista viene sostenuto da una visione orientata alle esigenze da soddisfare in termini di spazi, collegamenti, percorsi, funzionalizzazione degli ambienti ecc., il risultato finale può diventare un’opera in grado di rappresentare un modello di riferimento e di garantire funzionalità all’immobile per lunghi anni.

Accadde così per lo storico edificio degli Spedali Civili di Brescia, per il quale l’architetto Angelo Bordoni si premurò di “firmare” la propria opera con una lapide, tuttora visibile nella facciata di ingresso, con la quale qualificava i supporti ideativi ricevuti “*Angelus Bordoni architectus, Petri fratri sui medici consilio adiutus*”.

Come si comporterebbe oggi l’architetto Bordoni davanti alla sfida di ideare un nuovo, grande ospedale? Sicuramente vorrebbe conoscere le esigenze della complessa organizzazione dell’ospedale e della sanità moderna e non potrebbe limitarsi al solo autorevole supporto del “fratello medico”, ma avrebbe avvertito la necessità di coagulare la visione di tanti diversi saperi, tutti essenziali per

l'armonica integrazione degli ingranaggi di una delle più complesse macchine umanamente mai concepite. L'elenco dei contributi sarebbe veramente corposo: ingegneri strutturisti ed impiantisti, fisici sanitari ed informatici per rendere il luogo "stabile e sicuro" (primo requisito per gli architetti dell'antica Roma era la "firmitas" dell'edificio), medici, infermieri, tecnici sanitari, psicologi ed esperti di *hotellerie* per rendere il luogo funzionale, ospitale ed umanizzato (secondo requisito della "utilitas") ed infine, *last but not least*, pure un'attenzione alla bellezza dell'opera ("vetustas", terzo requisito di un'antica cultura)¹.

Cruciale deve però essere l'idea guida alla quale si vuole ispirare la vita e l'attività dell'ospedale, nella consapevolezza che la nostra storia e la nostra cultura ospedaliera è fortemente permeata da una visione "verticale" dei saperi che ha condizionato i modelli di assistenza e di gestione degli spazi e di tutte le risorse presenti in ospedale.

Oggi emergono esigenze più avanzate, destinate a sostenere modelli organizzativo-gestionali fortemente orientati ai "percorsi di cura", condizioni che comportano un livello di integrazione e coordinamento specialistico particolarmente sinergici e che deve trovare collocazione in un altrettanto coerente supporto spaziale, funzionale all'armonico flusso dei "percorsi ospedalieri".

Questi devono rispondere certamente alla funzionalità interna dei servizi ma non possono non correlarsi ad una speciale rete di servizi che si ramifica e coinvolge l'intera organizzazione territoriale.

Un *network* di servizi richiede però di essere fondato su una condivisione culturale degli approcci e della gestione dei processi, necessita di infrastrutture e connessioni efficienti, condizioni senza le quali nessuna formula può risultare vincente: la grande sfida è quella di

rendere i servizi del "territorio" in condizione di fronteggiare, nell'attuale scenario socio epidemiologico, ed insieme all'ospedale, l'"epidemia negletta" della cronicità².

Per queste ragioni il modello di "ospedale per l'anno 2000", elaborato dal nostro ministero della salute (commissione tecnica presieduta da Renzo Piano) prospettava proprio la necessità di disegnare ospedali orientati al criterio della centralità dei processi di cura (*value based healthcare*)³, che hanno poi trovato concreta interpretazione in importanti realtà internazionali (Karolinska a Stoccolma, ospedali di Utrecht e Rotterdam in Olanda).

Tali strutture, caratterizzate dalla trasversalità delle competenze, sono costituite da svariati moduli funzionali, alcuni dei quali dedicati proprio alla osmosi costante con i servizi del territorio di riferimento.

Se nei confronti della progettazione ospedaliera esistono fortunatamente numerosi modelli di riferimento e scuole di pensiero di edilizia sanitaria solidamente attrezzate⁴, minore attenzione ed esperienza sono disponibili per le strutture innovative che dovranno caratterizzare la sanità dei prossimi anni (case della salute, ospedali di comunità ecc...).

Per tali scenari potranno certamente fungere da riferimento i principi consolidati dell'edilizia ospedaliera, per garantire sicurezza, efficienza, resilienza degli ambienti ma sarà soprattutto cruciale costruire un consenso ed una consapevolezza comune su cosa dovranno contenere, ovvero quali funzioni dovranno svolgere, come e con quali presenze⁵. ●

2 R. Horton, "The neglected epidemic of chronic disease", *The Lancet*, Volume 366, ISSUE 9496, P1514, October 29, 2005.

3 F. Lega et Al., "L'organizzazione per temi dell'ospedale" *Progettare per la Sanità*, ottobre 2020.

4 M. Carabillò et Al., "Cosa abbiamo imparato dal Covid... che conoscevo già", *Progettare per la Sanità*, marzo 2021.

5 Marco Morino, "Alla medicina di territorio serve un piano da 8,2 Miliardi", *Il Sole 24 ORE*, 29 settembre 2021.

1 Marco Vitruvio Pollione, "de Architectura", anno 15 A.C.

Disegnare l'ospedale del futuro: appunti di un clinico ospedaliero

Valerio Verdiani

Direttore UOC Medicina Interna, Ospedale Alta Valdelsa, Siena

La trasformazione epidemiologica

A partire dalla fine della Seconda guerra mondiale vi è stato un costante aumento dell'aspettativa di vita alla nascita. In Italia nel 2019 aveva superato la soglia degli 83 anni. La recente pandemia da SARS-CoV2 ha ridotto di circa un anno questo valore, ma è presumibile che una volta usciti dalla crisi epidemica l'aspettativa di vita tornerà a crescere determinando un sensibile invecchiamento della popolazione. Il rovescio della medaglia è che l'aspettativa di vita in buona salute sta diminuendo. È vero che in parte questo può essere dovuto ad un incremento di diagnosi, ma in buona parte è dovuto al miglioramento delle cure, che permette di sopravvivere più a lungo alle malattie. L'invecchiamento, associato a importanti mutamenti sociali, genera una sottopopolazione nuova che presenta problematiche non rilevate o sottovalutate negli anni passati. Si sta assistendo ad un incremento di malati pluripatologici, oncologici, con problematiche sociali, (è impressionante vedere nella pratica clinica quotidiana quante persone anziane vivono sole e con sostegni del tutto insufficienti!), affetti da demenza, disabili. L'impressione del clinico generalista è che già adesso – ma lo sarà sempre di più nel prossimo futuro

– ci sia più bisogno di una presa in carico complessiva del paziente piuttosto che di assegnazioni a singole unità specialistiche, più attenzione ai reali bisogni di quel paziente che a interventi ipertecnologici.

La complessità

Recentemente il premio Nobel per la fisica è stato assegnato ad uno scienziato italiano, Giorgio Parisi, per i suoi studi sui sistemi complessi. Un sistema complesso può essere definito come un sistema in cui l'interazione tra più componenti individuali produce comportamenti globali, spesso imprevedibili e senza una chiara correlazione di causa-effetto. La medicina tradizionale si basava sul ritenere l'uomo una macchina composta da singole parti, funzionanti individualmente (e quindi curabili individualmente in caso di malfunzionamento), dove al massimo l'interazione tra organi o sistemi era legata ad una relazione di causa-effetto. Su tali basi si sono sviluppati in Italia, ma non solo, ospedali divisi a compartimenti stagni sulla base delle singole specialità (cardiologia, nefrologia, gastroenterologia ecc.) se non addirittura superspecialità. Quelli che invece noi oggi vediamo sono in gran parte pazienti complessi, dove la complessità è legata principalmente alla polipatologia ed ai quali

possiamo attribuire senza alcun dubbio la definizione data per i sistemi complessi. Nella pratica clinica non è raro trovare nei Pronto Soccorso pazienti di difficile assegnazione specialistica, ed anche la ricerca di una problematica clinica prevalente non è spesso attuabile. Nei reparti di degenza vediamo pazienti più volte ospedalizzati e che ad ogni riospedalizzazione si sono trovati in reparti di specialità diversa, con inutile ripetizione di esami, cambiamenti di terapie non sempre giustificabili, informazioni disomogenee se non addirittura difformi.

I dati statistici dimostrano che oltre il 50% delle riospedalizzazioni precoci (entro 30 giorni) è dovuto ad una causa/ patologia diversa rispetto a quella che aveva determinato il ricovero precedente. Il ricovero in singole unità specialistiche d'organo appare per la gran parte un concetto da superare.

Intensità di cura

Le problematiche su descritte non devono essere sfuggite ai decisori politici se a partire dal 2005 si è pensato di passare ad un'organizzazione diversa del modello ospedaliero. Per prima la Regione Toscana ha dato il via al modello "Ospedale per Intensità di cura" facendo espressamente cenno a una strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità di cura, la durata della degenza ed il regime di ricovero, ipotizzando di superare l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. Nella teoria del modello ci si propone di valorizzare i reali bisogni assistenziali del paziente; le risorse tecniche e professionali non mediche non sono più "proprietà" dell'Unità Operativa, ma messe a disposizione di aree dove anche i letti diventano funzionali in ragione delle caratteristiche dei malati.

Nel dettaglio si prevedono tre livelli di intensità di cura:

- Livello 1, che comprende la terapia intensiva e sub-intensiva;
- Livello 2, che comprende le attività di ricovero ordinario;
- Livello 3, che comprende la cura post-acuzie.

In realtà, il livello 3 solo in rari casi è stato strutturato in ambiente ospedaliero, per lo più è gestito dai servizi socio-sanitari e territoriali. Benefici sono apprezzabili nella creazione di vaste aree di livello 1. L'integrazione fra terapie intensive e sub intensive, quest'ultime gestite anche da non intensivisti (internisti, cardiologi), ha permesso una migliore razionalizzazione delle risorse tecnologiche ed ha portato ad una crescita professionale sia dei non intensivisti che degli intensivisti. Dove invece si sono incontrate difficoltà è al livello 2 del modello. Si è rapidamente visto che i bisogni assistenziali dei pazienti ammessi in quest'area non erano per tutti uguali. Alcuni di essi necessitano di un livello superiore all'ordinario. Ecco che sono andate via via strutturandosi piccole aree di maggiore intensità di cura, chiamate livello 2A dotate della possibilità di monitoraggio multiparametrico e, laddove possibile, di un rapporto infermiere/pazienti diverso dall'ordinario.

Altre difficoltà sono emerse nella dispersione dei malati (pazienti assegnati alla stessa disciplina si trovano in stanze e a volte in piani differenti), nel disallineamento medici-infermieri (in un modulo infermieristico di 8-10 letti si collocano pazienti gestiti da medici di diverse discipline), tanto che il modello si è sviluppato a macchia di leopardo, con diversità sensibili tra un ospedale e un altro, dando vita per lo più a "interpretazioni" dell'ospedale per intensità di cura.

Anche per questa ragione, probabilmente, non esiste al momento nessuno studio riguardante la sua efficacia e la sua efficienza. Forse ad un'idea illuminante è mancato il coraggio (o la forza) per la svolta decisiva.

Modello Hospitalist

Ciò di cui maggiormente si lamentano i pazienti è la mancanza di una vera e propria presa in carico. Nell'accezione ideale del modello Ospedale per intensità di cura si prevede il paziente al centro del sistema con tutte le figure professionali che gli ruotano attorno. Resistendo però la logica dell'assegnazione a singole unità specialistiche, la dinamica che ne consegue

porta ad aumentare la probabilità di frammentazione delle cure stesse, ad un eccesso di diagnosi, all'over-trattamento, se non a possibili conflitti interpretativi. Di tutto questo se ne accorsero negli USA agli inizi degli anni '80 quando venne meno all'interno degli ospedali, a causa di importanti riforme in ambito sanitario, la figura dei *General Practitioners* che fino ad allora seguivano i propri pazienti non solo sul territorio ma anche nei reparti di degenza, coordinandone le cure. Nacque conseguentemente il modello basato sugli *hospitalists* vale a dire su medici di cultura medica generalista, che dedicano l'intero tempo lavorativo all'interno degli ospedali e il cui focus primario professionale consiste nella *care* complessiva del paziente ospedalizzato. In pochi anni il modello *hospitalist* è stato adottato da quasi tutti gli ospedali americani ed il numero di medici *hospitalists* è passato da poche centinaia agli attuali 60.000 (dato 2020) rappresentando la più grande crescita di una specialità nella storia della medicina. Non essendo nemmeno negli USA attiva una scuola di specializzazione in *Hospital Care*, tale ruolo è svolto essenzialmente dagli internisti. In questo modello il paziente che giunge al pronto Soccorso non viene assegnato a singole unità specialistiche, tranne poche eccezioni predefinite, bensì all'equipe di *hospitalists* indipendentemente dalla diagnosi di accesso. Ciascun *hospitalist* prende in carico 12-14 pazienti che verranno seguiti in co-gestione con gli specialisti. La presa in carico complessiva del paziente è dello specialista della *care* ospedaliera (l'*hospitalist* appunto) al quale si attribuisce il coordinamento dell'intero percorso ospedaliero, la scelta delle priorità, la continuità con il medico di fiducia sul territorio. Inoltre, grazie alle sue competenze generaliste e alla sua visione olistica, sarà in grado di gestire i pazienti complessi, affetti da plurimorbilità. Gli specialisti d'organo non sono più dei meri consulenti che agiscono in maniera saltuaria e frammentaria, ma intervengono sul paziente prendendolo in carico per la problematica di loro

competenza. L'ospedale è strutturato, così come per l'intensità di cura, in vaste aree multifunzionali, ma l'applicazione del modello *hospitalist* appare essere l'anello mancante per ovviare alle criticità prima esposte.

Struttura e organizzazione

L'esperienza clinica ci induce a soffermarsi su alcune riflessioni nell'ipotizzare il disegno di un ospedale futuro, anche in conseguenza di ciò che abbiamo vissuto con la pandemia COVID. Abbiamo imparato quanto sia importante la flessibilità, vale a dire la capacità che alcuni letti o intere aree si trasformino in relazione ai bisogni. Un punto importante riguarda la tecnologia: è lampante la necessità di macchinari non obsoleti e facilmente manovrabili. Abbiamo potuto constatare quanto sia importante l'ecografia al letto del paziente. Questo significa che anche gli spazi devono essere adeguati: le stanze, che dovrebbero alloggiare un solo paziente, dovrebbero essere sufficientemente ampie per permettere l'ingresso e l'uso degli strumenti tecnologici (esempio per la ventilazione non invasiva) oltre che per rendere più agevoli eventuali manovre di emergenza. Il sempre più frequente accesso di malati critici deve far prevedere spazi per l'*High Care* dove sia possibile la monitorizzazione multiparametrica con centralina di controllo (si calcola che attualmente in un reparto di Medicina Interna sia necessaria per il 20-30% dei pazienti). Inoltre, si devono prevedere percorsi fattibili e strutture adeguate a evitare il fenomeno "imbuto", che si determina ogni qual volta un paziente è dimissibile da un ospedale per acuti, ma non trova assistenza adeguata al proprio domicilio, sia per problematiche cliniche non completamente risolte, sia per problematiche sociali. ●

Ingenti risorse implicano straordinarie responsabilità

Gianmario Fusardi

Presidente Commissione Albo Odontoiatri

✉ gianmario.fusardi@ordinemedici.brescia.it

Non posso conoscere nel dettaglio quale futuro attenda il nostro Paese fiaccato dalle vicende pandemiche ma confido che possano prevalere le migliori energie nel solco di quello sforzo corale teso ad abbattere gli steccati, soprattutto ideologici, a cui assistiamo da diverso tempo.

Le fazioni che da sempre hanno accompagnato la storia della nostra Nazione, che è sì una ma anche divisa da storia, geografia, cultura, sviluppo socio-economico, possono trovare il modo di ricomporsi in vista del bene comune: un'occasione unica che difficilmente potrà godere di una nuova "congiunzione astrale" propizia.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) vedrà copiosissime risorse investite in pochi anni sulla

nostra economia (oltre 190 miliardi di euro di cui oltre il 15% dedicate alla Missione 6: salute) che dovrebbe così invertire le prospettive dopo i notevoli sacrifici di questi due anni ritrovando una forte propensione alla crescita. Ingenti risorse implicano ingenti responsabilità a cui nessuno di noi, in particolare chi si fa carico di pubblici ruoli, può sottrarsi. Il tempo delle riforme deve fin da ora trovarci propositivi e sintonizzati sulla tutela del cittadino/paziente rispetto ad abusi nonché sulla salvaguardia della leale competizione nell'offerta di servizi per evitare asimmetrie e per evitare che la ripresa avvenga solo alcuni a discapito di altri. Noi come cittadini, come contribuenti, come dirigenti continueremo a fare la



nostra parte chiedendo al Legislatore di prendere atto delle storture e di orientarsi ad una risoluzione organica delle stesse secondo la logica del bene comune o perlomeno del "meglio per i più". Dalla posizione di osservazione privilegiata sul settore odontoiatrico non posso che constatare infatti che restano sul tappeto enormi elementi di criticità sui quali ancora molto

lavoro appare necessario. Troppi fattori di disturbo rischiano di minare la dignità ed il decoro della Professione e l'espressione del giusto valore della stessa nel contesto della Salute e del benessere della Persona come dato percepito dalla pubblica opinione.

Da un lato molti odontoiatri assumono pienamente su di sé l'affidamento dei propri pazienti vivendo rispettosamente nella comunità in cui operano, dall'altro alcuni lottano tuttora contro l'obbligo vaccinale (confermato di recente dalla incontrovertibile sentenza n. 7045 del Consiglio di Stato) e seguitano ad esercitare indisturbati da sospesi.

Da un lato il percorso universitario dura ormai sei anni in analogia a quello dei medici chirurghi ed aumentano le competenze tecniche in capo agli iscritti come risposta alla complessità del cavo orale e ai suoi rapporti con le altre pertinenze anatomiche, dall'altro seguitano i casi di abusivismo, da parte di diversi soggetti

spesso contigui alla professione odontoiatrica, quasi sempre celati dietro studi a gestione societaria con direttore sanitario più o meno consapevole. Da un lato resta il numero programmato basato sulla capacità

formative degli Atenei italiani, dall'altro quasi la metà dei nuovi iscritti rientra da percorsi formativi all'estero, alcuni di comprovata serietà, altri all'apparenza molto meno, che le regole comunitarie, comunque, uniformano ai nostri laureati sulla scorta del diritto di stabilimento (si può facilmente intuire che non tutte le Scuole sono uguali, dal Portogallo all'Europa dell'Est). Da un lato diminuiscono le disponibilità delle famiglie e dei consumatori che richiederebbero un vero coordinamento fra risorse pubbliche e private per garantire il soddisfacimento dei bisogni dentro o fuori dal S.S.N., dall'altro i terzi paganti assicurativi hanno la possibilità di selezionare provider ed erogatori in modo da coartare la libertà di scelta e l'autonomia del paziente per interessi meramente economici. Questi primi mesi di mandato ci consentono sì di focalizzare la gravità dei problemi ma anche di apprezzare la bontà delle sinergie che si possono intraprendere e che sono già avviate, con l'Università, con il Sindacato, con i NAS, con la Guardia di Finanza, con il Tribunale: da soli possiamo forse poco, e non facciamo paura, ma se mettiamo sul piatto serietà e credibilità atte a mantenere alto il profilo della nostra istituzione e il livello della nostra reputazione abbiamo maggiori possibilità di essere ascoltati. Abbiamo iniziato ad investire ogni

energia possibile in tale direzione con la neo-insediata Commissione, un gruppo davvero autorevole e coeso.

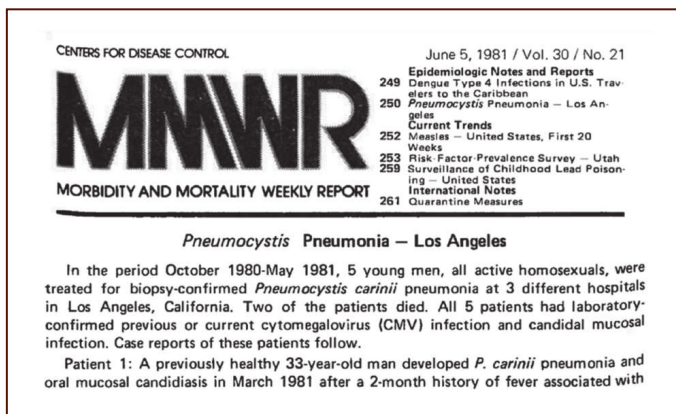
Confido che si possa tornare veramente dal vivo nel 2022 per incontrarci durante lo svolgimento del rinnovato programma culturale che inaugurerà il nuovo triennio di aggiornamento obbligatorio 2022-2024 e che abbiamo pensato sempre più incentrato sull'idea della presa in carico complessiva del paziente, slegato da logiche di "produttività" che possono trovare comodamente albergo in molte altre sedi vista la vastità dell'offerta: anche in questo caso la sfida sarà unire giovani e meno giovani rinsaldando il patto fra iscritti e Ordine, presto il panel degli incontri sarà disponibile sul sito web istituzionale. Per ora godiamo del fresco successo del webinar sulla responsabilità del direttore sanitario di struttura odontoiatrica, che ha raggiunto i 300 collegati da tutta la Penisola e di cui è stata resa disponibile la registrazione a tutti i colleghi italiani: un momento di approfondimento, di confronto, di incontro seppur virtuale, auspicabile preludio ad una nuova stagione di socialità in sicurezza. ●



Quarant'anni di HIV: tra vittorie e sfide aperte

Giulia Zambolin

Specializzanda in Malattie Infettive



*“Nel periodo tra Ottobre 1980 e Maggio 1981, 5 giovani uomini, tutti omosessuali attivi, sono stati trattati per una polmonite da *Pneumocystis carinii* confermata istologicamente in tre differenti ospedali di Los Angeles, California”.*

Così, in un breve report dei CDC di Atlanta pubblicato nel giugno 1981, l'HIV faceva la sua comparsa nella letteratura scientifica. Pochi si sarebbero potuti immaginare che quelle cinque persone sarebbero rapidamente diventate migliaia e poi milioni e che quella malattia ancora senza nome, che portava giovani sani a spegnersi lentamente, avrebbe rappresentato una delle più grandi sfide mediche e sociali dei decenni a venire.

Si stima che, dall'inizio della pandemia, 79,3 milioni di persone si siano infettate e 36,3 milioni (quasi 700.000 solo nel 2020) siano morte a causa dell'infezione da HIV. Ad oggi l'infezione colpisce 37,7 milioni di persone nel mondo, due terzi delle quali (27,5 milioni) hanno accesso alla terapia antiretrovirale (dati UNAIDS 2020).

La peste dell'era moderna

Chi ha lavorato a contatto con l'AIDS nei primi anni della pandemia ricorda quell'esperienza come un periodo drammatico in cui i pazienti, spesso giovani, una volta ricevuta la diagnosi si trasformavano in “dead men walking”, condannati ad una morte certa che spesso

avveniva in completa solitudine a causa dell'emarginazione sociale dettata dal pregiudizio e dalla paura.

Chi si ammalava era destinato a morire ed i medici potevano poco o nulla, impotenti di fronte ad un virus che sembrava invincibile; il loro compito sembrava diventato semplicemente quello di rallentare quella corsa verso la morte o, quantomeno, di renderla meno feroce. Anche allora, come oggi, un virus è stato capace di sorprendere il mondo scientifico e di raggiungere in breve tempo ogni angolo del Globo, modificando abitudini e costringendo ad una rincorsa per limitare il più possibile i danni. Per alcune fasce della popolazione, prima fra tutte la comunità omosessuale, la pandemia di HIV ha rappresentato una vera e propria peste dell'era moderna, un'ecatombe che ha profondamente segnato vite ed esperienze di tutti coloro che l'hanno attraversata determinando un trauma collettivo in grado di lasciare cicatrici indelebili su intere generazioni.

Guardandosi indietro: un traguardo dopo l'altro

I momenti cruciali nella lotta all'infezione dell'HIV sono stati molteplici in questi quarant'anni; il primo e certamente più importante è rappresentato dall'introduzione, a metà degli anni novanta, della terapia di combinazione (HAART- *Highly Active Antiretroviral Therapy*) che ha completamente modificato l'aspettativa di vita delle persone affette e l'andamento della malattia, trasformandola a poco a poco in una patologia cronica con la quale era possibile convivere; questa convivenza, tuttavia, aveva inizialmente un prezzo alto:



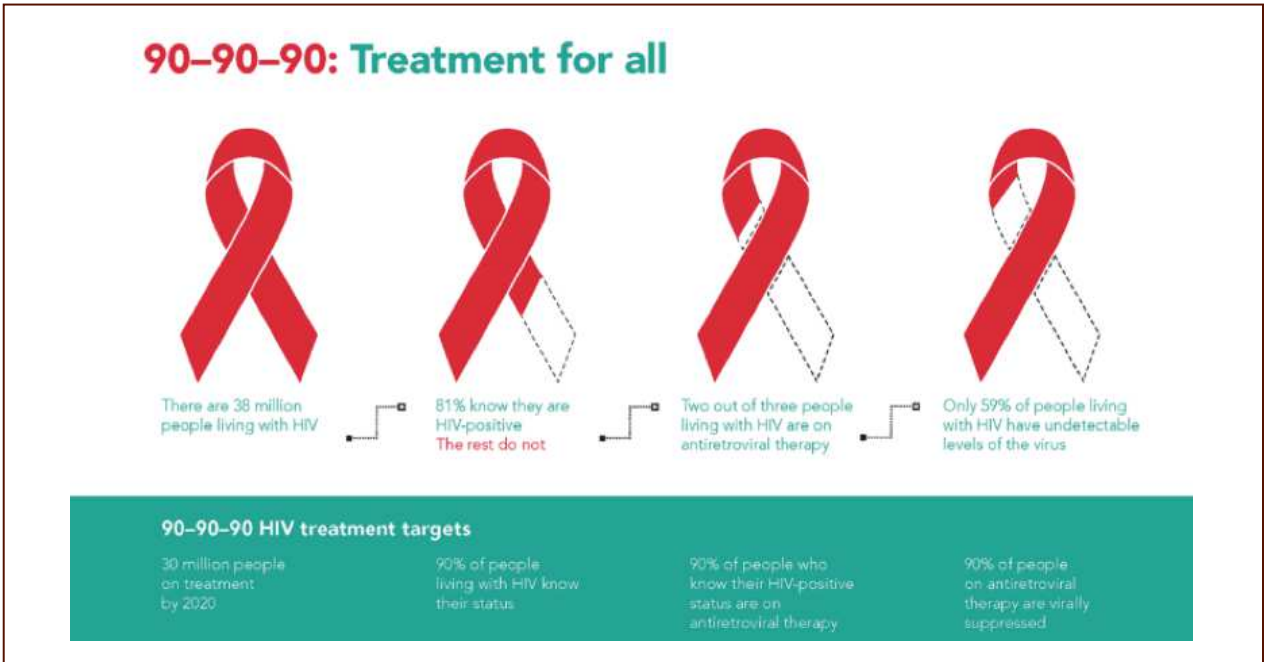
basta parlare con un qualsiasi paziente "storico" per comprendere quanto i primi regimi di trattamento fossero difficilmente tollerabili, sia per gli effetti collaterali che per il numero spropositato di compresse (a volte decine) da assumere ogni giorno. Le terapie lasciavano spesso segni anche esteriori, meno gravi per la salute ma estremamente temuti dai pazienti, come la lipodistrofia che colpiva i malati in trattamento e li rendeva riconoscibili come tali, rischiando di esporli al pubblico giudizio ed alla conseguente emarginazione sociale.

Con il tempo gli effetti indesiderati si sono ridotti sempre più, così come il numero di pastiglie, fino ad arrivare allo *standard* di cura di una monosomministrazione giornaliera che, con l'avvento dei nuovi farmaci iniettabili, sembra avviata a trasformarsi in un'iniezione ogni 3-4 volte l'anno. Anche dal punto di vista della qualità della vita le cose sono molto cambiate: al giorno d'oggi una persona affetta da HIV regolarmente in trattamento ha un'aspettativa di vita quasi del tutto paragonabile a quella di un soggetto sieronegativo, può avere figli e vivere una vita normale, traguardi che solo vent'anni fa potevano apparire irraggiungibili.

È con l'introduzione del concetto di U=U (*Undetectable = Untransmittable*), avvenuta tra il 2018 ed il 2019, che le persone affette da HIV hanno vissuto un'ulteriore svolta epocale: con questa sigla il mondo scientifico ha ufficializzato infatti il concetto per cui un paziente con carica virale non rilevabile da almeno 6 mesi e regolarmente in terapia antiretrovirale efficace, condizione attualmente soddisfatta dall'80-90% dei soggetti HIV positivi in trattamento in Italia, non sia in grado di trasmettere l'infezione a persone sieronegative tramite rapporti sessuali.

Una "globalizzazione" auspicata

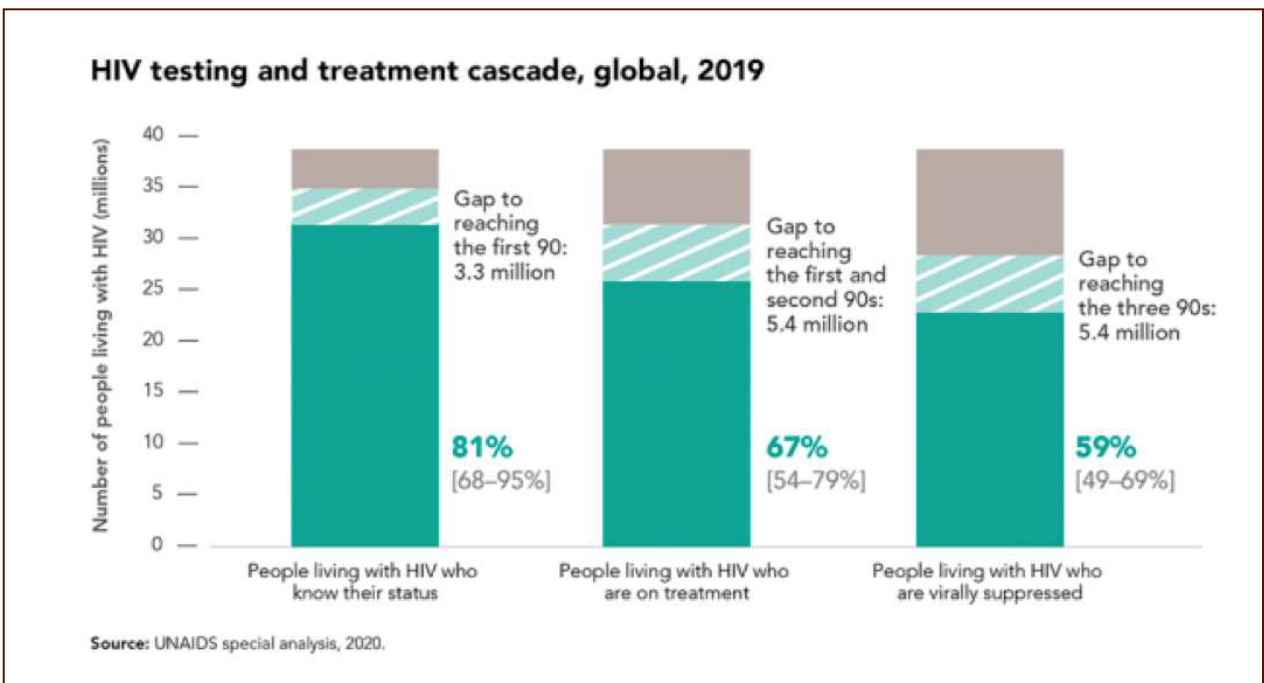
Quando affermiamo che i progressi nel trattamento dell'infezione da HIV hanno completamente modificato l'aspettativa e la qualità della vita delle persone sieropositive spesso dimentichiamo che, per quest'infezione come per



moltissime altre patologie curabili, una parte considerevole della popolazione mondiale non ha ancora oggi accesso ai farmaci. Ricordo bene, durante una visita ambulatoriale, le parole di una donna gravida originaria del Burkina Faso che in Africa aveva perso due figli piccoli per colpa dell'infezione: "me ne sono andata dal mio Paese perché almeno il bambino

che sto aspettando possa sopravvivere", aveva detto. Come darle torto?

Diversi studi hanno dimostrato come l'aspettativa di vita di una persona con HIV possa modificarsi di decenni in base alla regione geografica di residenza; i dati UNAIDS 2020 mostrano come 10,2 milioni di persone affette da HIV, circa un terzo del totale, non abbiano accesso alle terapie.



Anche se tali numeri hanno fatto registrare un progressivo miglioramento negli anni, il divario tra Paesi ad elevato e basso reddito rimane inaccettabile. La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente accentuato queste differenze, causando in molti Paesi a basso reddito la completa dismissione dei programmi dedicati alla diagnosi ed al trattamento dell'infezione da HIV; tale rallentamento è stato una delle ragioni del mancato raggiungimento dell'obiettivo "90-90-90" (90% di persone affette da HIV a conoscenza del proprio status, delle quali il 90% sia in terapia efficace con il raggiungimento di una carica virale non rilevabile nel 90% dei pazienti) fissato dall'OMS per il 2020: nonostante i progressi fatti tale traguardo appare oggi ancora piuttosto lontano.

L'obiettivo posto dall'OMS per il prossimo decennio è ancor più ambizioso, ed è riassunto nello slogan "95-95-95" (95% di persone affette da HIV a conoscenza del proprio status, delle quali il 95% sia in terapia efficace con il raggiungimento di una carica virale non rilevabile nel 95% dei pazienti); a questi 3 punti ne è stato inoltre aggiunto un quarto, quello dello "zero stigma" intorno all'infezione da HIV, a sottolineare come l'eliminazione della discriminazione nei confronti delle persone sieropositive debba assumere un'importanza sempre maggiore nell'ambito della lotta all'HIV/AIDS.

La situazione bresciana

I pazienti con infezione nota da HIV attualmente in carico presso le Malattie Infettive di Brescia sono più di 3800, con 96 nuove diagnosi nel 2020 a fronte di 133 nel 2019, calo verosimilmente influenzato dal sopraggiungere della pandemia da COVID-19.

Il 98% dei soggetti con diagnosi di HIV seguito presso il nostro Centro è in terapia e più del 93% dei pazienti in trattamento presenta una carica virale plasmatica non rilevabile, a dimostrazione dell'elevata efficacia delle terapie antiretrovirali in atto. Nel 2020 il Comune di Brescia ha sottoscritto la dichiarazione di Parigi entrando così a far parte delle cosiddette

"Fast Track Cities", una rete di città che si impegnano per la messa a punto di strategie atte a raggiungere gli obiettivi ONU per la lotta all'AIDS fissati per il 2030.

Un alone che non scompare

Se dal punto di vista della terapia sono stati fatti passi da gigante, lo stesso non si può dire per quanto riguarda la percezione dell'infezione da HIV nella società.

Inizialmente questa patologia era dai più considerata un'esclusiva di minoranze emarginate quali quelle degli omosessuali o dei tossicodipendenti ed era quindi associata nell'opinione pubblica ad un concetto di colpa, una sorta di espiazione di comportamenti "non allineati".

Chiunque abbia vissuto negli anni '90 ricorderà le pubblicità progresso in cui le persone infette si muovevano su musiche inquietanti, circondate da un alone viola che le isolava dagli altri e poteva essere trasmesso a chi si avvicinasse troppo. Non so se e quanto quella trovata pubblicitaria abbia aiutato a ridurre il numero dei contagi, ma posso provare a mettermi nei panni di una persona sieropositiva che si imbattesse in quelle immagini: impossibile non sentirsi un untore o non introiettare, anche inconsapevolmente, quel senso di colpevolezza che l'opinione pubblica attribuiva ai malati.

Anche se con gli anni l'andamento dell'infezione si è profondamente modificato quell'alone viola, purtroppo, continua ad esistere ed a fare danni nell'immaginario collettivo. Lo stigma è infatti ad oggi uno dei più grandi ostacoli che le persone affette da HIV si trovano quotidianamente ad affrontare: la maggior parte dei sieropositivi non comunica il suo stato di malattia per paura di ripercussioni nella sfera privata o lavorativa, ripercussioni che diventano in molti casi realtà ove lo stato di sieropositività venga dichiarato o scoperto.

Se, da un lato, l'infezione da HIV si è trasformata nel tempo da una sentenza di morte ad una patologia cronica gestibile e controllabile, questo profondo cambiamento della storia clinica della

malattia ha dall'altro lato portato ad un fisiologico calo dell'attenzione e dell'informazione riguardo l'HIV/AIDS a livello di opinione pubblica, con un conseguente scarto fra i progressi scientifici nella gestione dell'infezione e la percezione dell'infezione stessa all'interno della società.

Tale percezione, dettata generalmente da scarsa conoscenza, vive inoltre un paradosso per cui il rischio di infezione da HIV è spesso sottovalutato o non percepito affatto, ma allo stesso tempo le persone sieropositive vengono ancora considerate soggetti pericolosi e da evitare.

L'immaginario collettivo riguardo la persona sieropositiva non si è modificato nel tempo: l'idea che chi si ammala "se la sia andata a cercare" è ancora ben radicata nell'opinione pubblica, così come la credenza secondo cui i malati siano per lo più tossicodipendenti, omosessuali o persone emarginate, "colpevoli" di comportamenti anomali o, peggio, immorali. Intorno all'infezione da HIV aleggia infatti ancora oggi lo spettro della moralità, che tanto ha contribuito alla definizione dello stigma: nella percezione comune un virus trasmesso con i rapporti sessuali si trasforma fin troppo facilmente in un castigo per azioni che fuoriescano dal recinto della normalità, in una lettera scarlatta in grado di marcare, agli occhi della società, i comportamenti non allineati e coloro che se ne macchiano. Finché una persona affetta da HIV non si sentirà libera di parlare della propria condizione esattamente come farebbe per qualsiasi altra malattia senza la paura di essere isolata, etichettata o emarginata, la battaglia contro quest'infezione non potrà considerarsi vinta.

Se inizialmente, a ragione, gli sforzi si sono concentrati sul progresso terapeutico, ora è più che mai necessario focalizzare maggiormente l'attenzione anche sull'aspetto sociale della malattia e sull'impatto che questo può avere sulla qualità di vita dei pazienti, necessità evidenziata anche dalla creazione dell'obiettivo "zero stigma" per il 2030. Per raggiungere questo traguardo è

però necessario partire da un esame di coscienza, perché quello dello stigma è un problema che purtroppo non risparmia la nostra categoria: troppo spesso anche nella classe medica il pregiudizio attorno all'infezione da HIV sopravvive ed il paziente sieropositivo è guardato con sospetto e diffidenza; tale comportamento è generalmente dettato da una scarsa conoscenza dell'infezione e, soprattutto, dei progressi fatti dalla medicina nella riduzione del rischio di infezione, per cui il soggetto sieropositivo è percepito come una minaccia per la propria incolumità. Se per un comune cittadino il superamento dei pregiudizi nei confronti dell'infezione da HIV è auspicabile, per un medico diventa un passo imprescindibile e non procrastinabile.

Proviamo allora a pensare per un momento a quanti pazienti con infezione da HIV abbiamo incontrato lungo il nostro percorso professionale: possiamo dire di aver sempre offerto loro la stessa qualità di cura, le stesse procedure e lo stesso trattamento che avremmo riservato ad un paziente sieronegativo? Se questa domanda ci suscita qualche esitazione avremo la conferma che il lavoro da fare è ancora molto e che, se vogliamo che quell'alone viola possa finalmente dissolversi, il cambiamento deve partire innanzitutto da noi. ●

Da un'isola dell'Oceano Indiano

Intervista a Massimo Corda

A cura di **Gianpaolo Balestrieri**

Un'isola sperduta nell'Oceano Indiano, un *melting pot* di culture, un dipartimento francese dal gusto più esotico e intenso. È qui che sta completando la sua specializzazione in Medicina d'Urgenza il dottor Massimo Corda, trentenne bresciano "emigrato" Oltralpe, da dieci mesi di stanza a La Réunion, isola affacciata alla costa orientale del Madagascar, che costituisce un dipartimento e regione d'oltremare della Francia.

Alla Réunion le stelle sembrano più vicine dal Piton des Neiges, la cima più alta dell'Oceano Indiano. Dalle coltivazioni della costa est gli aromi della vaniglia Bourbon solleticano i sensi, mentre il profilo sinuoso del Piton de la Fournaise, uno dei vulcani più attivi al mondo, lascia senza fiato più volte all'anno con i suoi zampilli incandescenti.

Ma il contesto tropicale non tragga in inganno: i servizi sanitari dell'isola sono articolati secondo un'organizzazione e un approccio europeo. Abbiamo chiesto a Massimo Corda di raccontarci la sua esperienza.



Ti sei laureato in Medicina all'Università di Siena, hai compiuto il tirocinio abilitante a Brescia, tua città natale. Da dove origina la tua scelta di specializzarti all'estero?

Avevo provato l'esame per entrare in un percorso di specialità in Italia, ma non avevo ottenuto la scuola e la città che volevo. Un po' per caso, tre anni fa, ho saputo della possibilità di provare in Francia, dove la selezione avviene per concorso nazionale, come in Italia. Pur non parlando francese ho fatto il test a Rennes, sono passato e fra le opzioni disponibili ho scelto la Medicina d'Emergenza-Urgenza a Parigi.



Com'è stata questa prima esperienza?

Avevo voglia di vivere un periodo "metropolitano" in una grande capitale, e mi è piaciuto moltissimo. Il primo stage l'ho fatto in un classico Pronto Soccorso per adulti, poi sono passato alla Medicina

interna: in Francia le scuole di specialità si articolano in stage, di sei mesi in sei mesi si cambia ospedale, e Parigi è il fulcro del sistema, con almeno 40 ospedali universitari.



Dopo due anni parigini è arrivata la chiamata dei territori d'oltremare.

È iniziata quella che chiamo la mia seconda fase. La prima destinazione è stata l'isola di Mayotte, che dal punto di vista geografico è parte dell'arcipelago delle Comore, situata tra il versante settentrionale del Madagascar e il Mozambico: è l'ultimo dipartimento francese annesso, ma è Africa sotto tutti gli aspetti, compresa la lingua parlata, che è prevalentemente un idioma locale. Ma il sistema sanitario funziona bene e offre risposte efficaci ai 400 mila abitanti. Lì ho fatto uno stage di sei mesi in Medicina interna e Malattie infettive. Poi, dopo Mayotte, ho scoperto La Réunion: un dipartimento molto più "europeo" per impostazione, lingua, espressione di una cultura francese al 100%. Qui ho proseguito il mio percorso con uno stage in Rianimazione, che si è appena concluso. Per rimanere a La Réunion ho da poco iniziato un altro stage in Urgenze pediatriche.



Il Pronto Soccorso è un universo composto di molteplici aspetti, in prevalenza intensivistici, e a volte il carico per chi vi lavora risulta schiacciante, se non frustrante, comunque difficile da gestire. È così anche in territorio francese?

Lo scenario è molto simile a quello italiano. C'è l'urgenza pura, da codice rosso, ma la fetta più grande della torta è formata da codici verdi e bianchi, che arrivano in Pronto Soccorso magari perché non sono riusciti ad avere un appuntamento con il proprio medico curante. Una situazione che ho osservato molto frequentemente a Parigi – ricordo ancora le lunghe giornate ai Pronto Soccorso della capitale, oberati



di accessi - e che riscontro anche qui nelle urgenze pediatriche: sulle 24 ore si registra un 20-30% di passaggi per codici a bassa intensità. Il denominatore comune sono le inevitabili lunghe attese, presenti ovunque.



Si dice che la nostra preparazione universitaria sia buona dal punto di vista teorico, ma carente sotto il profilo pratico. Come ti sei trovato in Francia?

Sono stato letteralmente buttato nella mischia: a Parigi, dopo la presentazione dell'ospedale, mi è stata subito affidata una lista di pazienti da visitare, prescrizioni da fare, sempre con il riferimento dello chef, il medico strutturato. L'impatto è stato forte, come non mi era mai capitato né a Siena né a Brescia: avverti il senso di una responsabilità particolare. Del resto la parte pratica qui è estremamente sviluppata, già dagli ultimi anni di Università lo studente è proiettato verso stage sul campo. Poi capisci che è proprio attraverso atti medici come l'inserimento del catetere venoso centrale, o l'intubazione di un paziente,

che noi "internes", come vengono chiamati gli specializzandi, possiamo diventare sempre più autonomi.



Uno scenario molto diverso da quello italiano: lo ritieni migliore?

Sono in contatto con compagni di facoltà che si stanno specializzando in Italia, soprattutto in ambiti chirurgici, dove la pratica è cruciale. Eppure, quello che fanno rimane limitato, domina ancora l'idea di essere in seconda o terza fila rispetto al professore o al medico referente, piuttosto che sperimentarsi in prima linea con interventi di routine come avviene in Francia. Questa differenza è dirimente. Non a caso il livello di autonomia raggiunto Oltralpe soddisfa la maggior parte dei colleghi.

Il punto è che dopo sei anni di nozioni teoriche arriva il momento di mettere in pratica quanto appreso: in fondo anche sbagliare serve per perfezionarsi, rifinire il gesto, continuare a migliorarsi.



Il tema della Medicina d'urgenza è particolarmente caldo, si assiste alla fuga dei medici dai Pronto Soccorso e molti posti nella scuola di specialità sono stati snobbati nell'ultima tornata. La tua appare una scelta controcorrente, cosa ti spinge a perseguirla?

Anche in Francia c'è lo stesso problema delle borse vacanti nei settori d'urgenza, soprattutto nella Rianimazione, acuiti in periodo post Covid. A pesare è sicuramente lo stress, che insieme ai ritmi di lavoro usuranti viene percepito frequentemente nell'emergenza, non solo dai medici più maturi ma anche dalle persone della mia età. Quanto alla mia scelta personale, confesso di non aver mai avuto il fuoco sacro della Medicina d'urgenza o l'attrazione per l'adrenalina di interventi che "salvano la vita". Il mio desiderio era fare qualcosa di pratico, compiere dei gesti medici con un risultato

immediato, e nella Medicina d'urgenza ho visto proprio questo: cercare di individuare e di risolvere le problematiche delle persone che chiedono il nostro aiuto. Spaziando dalle malattie infettive alla medicina interna, fino alla rianimazione. Di questo lavoro mi piace la grande varietà delle patologie da affrontare, il contatto quotidiano con stimoli nuovi, la possibilità di imparare di volta in volta, da ogni singola esperienza.



Sei avviato a concludere il tuo percorso di formazione specialistica: una volta ultimato pensi di rientrare in Italia?

In questo momento tornare in Italia non è tra le mie prime opzioni. Una volta specializzato, da giovane "chef" avrò la possibilità di viaggiare in tutti questi territori d'oltremare, ed è una prospettiva che mi piacerebbe, dato che dopo la specializzazione è più facile muoversi da un ospedale all'altro: i territori caraibici e polinesiani sono sulla mia lista. Un progetto possibile anche grazie al buon livello economico riconosciuto in Francia, dove la remunerazione è più elevata rispetto all'Italia anche per gli specializzandi: una delle grandi differenze, ad esempio, è che tutte le guardie aggiuntive sono pagate (personalmente ritengo assurdo che una guardia non sia retribuita). E per chi sceglie di lavorare nei territori d'oltremare c'è un premio del 40% in più rispetto allo stipendio base.



Un messaggio in bottiglia da lasciare a uno studente del sesto anno di Medicina?

Il mio suggerimento è di provare a fare un'esperienza all'estero. Da uno scambio europeo c'è tutto da guadagnare. Io ho ancora rimpianti per non aver fatto l'Erasmus, che in medicina è piuttosto raro. Ho recuperato dopo, ed è una scelta di sicuro arricchimento. Credo che ciascun giovane dovrebbe averla nel bagaglio formativo, per guardare al mondo con un orizzonte più ampio. ●

La salute del mondo

Ambiente, società, pandemie

Paolo Vineis e Luca Savarino

Recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri

Covid-19. Un “cigno nero”, un evento naturale, imprevedibile? Oppure un frutto del nostro tipo di sviluppo? Cosa ci sta insegnando, come ci ha cambiato la vita e le prospettive? Domande ricorrenti che non trovano risposte concordi.

Paolo Vineis, autorevole epidemiologo e Luca Savarino filosofo morale, bioeticista, affrontano questi temi con una visione originale che intreccia le competenze scientifiche ed epistemologiche dell’uno con la prospettiva etica e filosofica dell’altro.

Cause naturali e sociali della pandemia, rapporto tra conoscenze scientifiche, sempre provvisorie e non dogmatiche e decisioni politiche, scelte etiche in scenari drammatici di carenza di risorse sanitarie, limiti al principio di autonomia individuale nella situazione pandemica, intreccio tra Covid-19 e cambiamento climatico, responsabilità individuali e collettive nei confronti della catastrofe ambientale.

I problemi sono affrontati con ampiezza, senza livore polemico e senza pretese di risposte definitive, in un confronto stimolante con la tradizione filosofica (da Kant a Weber, da Jonas a Sloterdijk). Emerge nel testo una concezione nuova di salute globale, che non riguarda solo l’uomo (*One Health*) e che richiede una serie di interventi preventivi coordinati sull’ambiente e sulla salute. Forse potrebbe nascere dall’esperienza di Covid-19 e dalla

crisi climatica anche un nuovo approccio all’etica (*One Ethics*) capace di superare i fondamentalismi delle singole culture per un bene, la salvezza del pianeta, che ci dovrebbe accomunare. ●

La salute del mondo
*Ambiente, società,
pandemie*
Paolo Vineis e Luca Savarino
Feltrinelli, Milano, 2021
Pagine 215
Euro 16.00



Professor Maurizio Bestagno

Maurizio Bestagno nacque a Sanremo il 6 marzo 1930; dopo la maturità classica al liceo Saccheri di Sanremo, si laureò in medicina e chirurgia presso l'Università di Genova nel 1956. Il periodo storico della sua formazione, tra le due guerre mondiali, le difficoltà durante la guerra e nella fase postbellica, contribuirono alla definizione del carattere e delle scelte di vita caratterizzate da semplicità, sobrietà, concretezza, combinate con un'innata eleganza nei modi. Nell'anno accademico 1953-54 entrò come allievo interno nel costituendo Centro Radioisotopi della Clinica Medica dell'Università di Genova, presso il quale rimase poi come assistente volontario, straordinario ed entusiasta assistente di ruolo. In questo periodo si specializzò dapprima in endocrinologia (1958) e poi in radiologia (1962) integrando conoscenze di biologia e di diagnostica per immagini che rappresentano l'elemento caratterizzante della medicina nucleare, di fatto superando visioni settarie circa la collocazione di questa specialità nel mondo clinico o radiologico, dicotomia che considerò sempre alla stregua di una polemica di basso profilo. Il suo nome spiccava nel panorama della medicina nucleare italiana e nel 1966 iniziarono i primi contatti con gli Spedali Civili di Brescia, favoriti dal Prof. Mauro Piemonte, radioterapista ed indiscusso leader, a quell'epoca, della sanità bresciana. Il Prof. Bestagno per il quale si prospettava una brillante carriera accademica accettò di trasferirsi a Brescia, ma solo qualora si fosse istituito un primariato ospedaliero autonomo. Nel 1967 nacque così il primo primariato di medicina nucleare in Italia, che il professor

Bestagno diresse sino al 1997.

Già dalle origini il reparto veniva strutturato come sezione di diagnostica, sezione di radiochimica e sezione di terapia metabolica. Inoltre, venne creata una organizzazione per la diagnosi e la terapia delle malattie della tiroide in armonia con un famoso endocrinologo di allora, il professor Gianni Giustina.

Attivo nelle società scientifiche della disciplina fu eletto presidente della Società Italiana di Biologia e Medicina Nucleare nel biennio 1987-1989, ponendo le basi per l'unificazione con la sezione autonoma di medicina nucleare della Società italiana di Radiologia, divenendo socio fondatore dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare. Nel 1969 partecipò attivamente alla preparazione dei "decreti delegati" nei quali per la prima volta comparve la denominazione ufficiale di "servizio di medicina nucleare".

Al di là dei meriti scientifici e professionali chi ha conosciuto il Prof. Bestagno ne ha apprezzato la vasta cultura che spaziava dalla storia alla letteratura, dalla musica, di cui era un profondo conoscitore, all'arte e alla filosofia della scienza. Di queste enormi conoscenze non ne ha mai fatto motivo di ostentazione, ma le proponeva con umiltà agli interlocutori in discussioni sempre coinvolgenti e rispettose di comportamenti ed opinioni. Il suo spirito di educatore ha permesso di formare allievi che ha sempre spinto ad approfondire temi emergenti della disciplina, allievi che hanno poi occupato posizioni di prestigio in numerose realtà italiane e che erano tutti presenti alle sue esequie, legati da amicizia e stima, generate dalla correttezza dei rapporti e dall'atmosfera creativa che si è sempre respirata nella Medicina Nucleare di Brescia.

Nel 1986 è stato proclamato cittadino benemerito dalla "Famija Sanremasca" e dal Comune di Sanremo. Dal 1998 al 2003 è stato membro del Consiglio Comunale del Comune di Brescia. Nel 2009 ha ricevuto un premio alla carriera per meriti professionali dall'Ordine dei Medici di Brescia.

Da ultimo non si può non ricordare la

copiosa attività nel volontariato, sempre sommersa come nel suo stile. Ha vissuto le fasi finali della malattia con estrema lucidità, consapevolezza e serenità, supportato da una profonda fede cristiana, maggiormente preoccupato dei riflessi psicologici sulle persone care che sulle sue reali condizioni fisiche. Il 1° luglio u.s. venne in Medicina Nucleare, questa volta da paziente e rimase toccato per la devozione e la cortesia ricevute da tutto il personale e fu quasi commosso quando gli ricordammo che questo era solo un piccolo riflesso dell'amore che aveva profuso verso tutti i suoi pazienti. Lascia la moglie Liliana, inseparabile compagna di una vita, i figli Marco, Paolo e Francesco e numerosi nipoti, una grande famiglia, che rappresentava, questa sì, il suo vanto ed il suo manifesto orgoglio.

Raffaele Giubbini

Dottor Vito Minissale

Il mio strepitoso papà si è spento il 27 agosto. Un chirurgo stimato, un uomo, un papà e un nonno amatissimo.

La sua scomparsa ha colpito nel profondo tutta la comunità di Palazzolo sull'Oglio dove era stato un pilastro dell'ospedale locale.

Un professionista preparato, un uomo buono e sempre disponibile, che si è speso per la sua famiglia e per i suoi pazienti. Impegnato anche nel comitato locale della CRI e nel gruppo UNITALSI.

Un uomo che ha messo al servizio del prossimo conoscenze ed esperienza sempre accompagnate da una sconfinata umanità ed empatia.

Un medico d'altri tempi impossibile da sostituire.

Noi figli siamo tutti orgogliosi di te.

Chiunque abbia potuto fare questo pezzetto di strada terrena con te ha avuto una fortuna immensa.

Laura Minissale

Dottor Paolo Brunelli

In inglese si dice *"I care"* cioè mi sta a cuore, mi interessa o meglio ancora MI STAI A CUORE, MI INTERESSI quindi MI PRENDO CURA DI TE.

Pensando a Paolo, amico carissimo, il pensiero si indirizza automaticamente a quest'idea perché lui, per tutti il dr. Brunelli, è stato un uomo ed un medico che si è preso cura di noi, che ci ha avuto a cuore e nel cuore.

Persona di carattere e temperamento: volitivo, appassionato all'arte, alla letteratura, alla musica, alle pitture (dipingeva pure e realizzava opere polimateriche), appena poteva era presente alle iniziative che il nostro territorio proponeva.

Ecco: il nostro territorio! Giunto da vicino, Verolavecchia, a Borgo San Giacomo nel '78, si è subito inserito e, seppur giovane, ha saputo meritare la fiducia e la stima dei suoi pazienti grazie a capacità clinica e diagnostica, attenzione al bisogno di cure nella sua integralità e non solo alla patologia. Soprattutto empatico perché sapeva condividere la gioia per un male sconfitto ed il dolore quando la malattia aveva il sopravvento.

Nel difficile momento della recente pandemia si è profuso con slancio ed abnegazione e lo ricordo un mattino di fine febbraio, nella prima tremenda ondata, quando io, come molti, pensavo a poco più d'un'influenza, quando mi disse: "... Attento! Qui si lotta con la morte...". E con la morte ha lottato e molti ne ha salvati.

A primavera di quest'anno, con i vaccini a disposizione, mi rincuorò con soddisfazione: "Forse ce la facciamo, ma non abbandoniamo le precauzioni... spero tanto che se le cose andranno nel

verso giusto, tu riprenda tutte le attività pubbliche culturali che hai sempre portato avanti prima della chiusura forzata...".

Lui raramente mancava a questi incontri e seguiva sempre con passione. Dire "con interesse" sarebbe troppo poco: era lì non solo fisicamente per sentire e capire, ma per apprendere, commentare, contestare se serviva (specialmente sui temi ambientali), sempre argomentando.

Chiedeva al cielo di chiudere i suoi giorni sulla terra senza straziante agonia: troppe ne aveva viste tra i suoi assistiti ed in famiglia.

È stato accontentato, ma troppo presto la sorte ha reciso il filo della sua vita ancor vigorosa.

Non dipende da noi, ne alcuno la può arrestare.

La notizia ha davvero straziato la comunità di Borgo San Giacomo ed ancora adesso pare impossibile sia potuto accadere.

Io stesso, ritirando le mie analisi pochi giorni fa, ho pensato: "Paolo le avrà già sul suo computer e starà bofonchiando che non le merito così buone, disordinato come sono".

Ho faticato realizzare che non è così.

E qui mi correggo: penso le abbia viste, senza computer e che là, dove rimprovero anche bonario non è ammesso, abbia sorriso e pensato: "Meglio così, sono contento!".

Ciao Paolo, a nome di Borgo San Giacomo, ma datti da fare pure lì, per la tua gente e soprattutto per Rita, Anna, Fabio adorato e Simone.

Continua ad averci tutti a cuore.

Nel nostro ci sei tu.

Agostino Garda

Dottor Giulio Navoni

Giulio Navoni, nasce il 24/02/1922 dal Geom. Cav. Giuseppe Navoni e dalla N.D. Lucia Rodolfi che lo chiamarono così per ricordare l'antenato Giulio Rodolfi illustre medico bresciano ed uno dei fondatori dell'ospedale cittadino e padre di Rodolfo Rodolfi anche lui eminente medico fondatore della Clinica Casa Moro e patriota nelle 10 giornate di Brescia. Giulio, iscrittosi alla facoltà di Medicina e chirurgia di Milano, dovette interrompere gli studi durante gli ultimi due anni della Seconda guerra mondiale in quanto costretto dai tedeschi a servire l'ospedale militare di Gardone Riviera. Attraverso questa esperienza drammatica, in cui subì angherie e maltrattamenti da parte delle truppe germaniche, immerso in un contesto di grande sofferenza, a contatto con feriti gravissimi straziati dai combattimenti, maturò una grande sensibilità ed attenzione verso gli invalidi di guerra. Lo stesso padre tornò invalido dal fronte greco-albanese. Una volta laureato lavorò in ospedale nel reparto di medicina del Civile allora diretto dal Prof. Beltrametti. Successivamente vinse la condotta a Roncadelle - Castel Mella dove rimase in attività fino al compimento dei 70 anni nel 1992. Si specializzò in Medicina Preventiva dei Lavoratori a Pavia. Completava la sua attività di medico di medicina generale con la cardiologia e la radiologia, di cui era un ottimo cultore. Non dimenticava di dare spazio al volontariato e fu fondatore dell'AVIS Castel Mella e dell'AIDO Castel Mella. Dedicò gran parte della sua vita all'assistenza degli invalidi di guerra italiani. Questo impegno gli valse numerose attestazioni e riconoscimenti fino alla nomina da parte

del Presidente della Repubblica del più alto riconoscimento dello stato italiano cioè la nomina a Cavaliere di Gran Croce. Per molti anni fece parte del Consiglio dell'Ordine dei Medici allora guidato dal Prof. Fabrizio Padula. Durante la sua vita professionale si dedicò con passione anche alla vita sindacale affiancando, in qualità di tesoriere, il Dott. Arrigo Ottolini ed il Dott. Raffaello Mancini nella guida della FIMMG bresciana.

Ci lascia il 5 agosto del 2021 alla soglia dei cento anni.

Noi figli siamo tutti riconoscenti ai suoi preziosi insegnamenti ed in particolare io, che ho avuto il privilegio di laurearmi in Medicina, sento forte l'onore e l'impegno di lavorare in una categoria formata da persone straordinarie che dedicano con passione la propria vita alla difesa della salute.

Dott. Giuseppe Navoni

Dottor Giovanni Monesi

È un dolore molto grande per tutti noi che lo abbiamo conosciuto, per me il bisogno e anche il dovere di parlare di lui. Giovanni è stato un amico.

Mi aveva detto qualcosa due anni fa, e lo avevo sentito tranquillo, non dar gran peso; poi la lunga stagione del Covid che ci ha allontanato un po' tutti.

Un ultimo scambio di messaggi l'anno scorso, a proposito della presentazione di una Associazione sulla salute.

Ha lasciato un gran vuoto di tutto il tempo trascorso, 50 anni da quando ci siamo conosciuti, scivolato via, con tutte le cose condivise...i valori...le fatiche...le delusioni anche; perché essere medico è così centrale nella vita, "vocazione" si diceva una volta.

Abbiamo condiviso l'appartenenza ad una "epoca", in qualche modo speciale; si dice forse così quando è tanto il tempo trascorso.

È che...ci è avvenuto di entrare nel mondo della professione dentro quella speciale ondata che apriva le porte degli Ospedali per via della Legge Mariotti del 1968, e di poterci formare nel fermento di una stagione così ricca di sapere, cultura, costruzione che sarebbe sfociata nella Riforma Sanitaria del 1978, con tutto quello che allora soprattutto significava. Eravamo giovani noi e così anche la nuova sanità che si stava prospettando.

Mi viene spontaneo questo richiamo, un sentimento generazionale, e credo possa essere anche un modo per star tutti più dentro alla Storia stessa di questo nostro Paese, che vogliamo grande.

Ho conosciuto Giovanni nel 1971 agli Spedali Civili, e ci siamo visti in diverse occasioni nei decenni seguiti, ma è dal

1992-93 che è iniziata una vicinanza di lavoro insieme e con molti altri (tra cui medici, psicologi, assistenti sociali, membri della comunità...) sui problemi dell'alcol. Ricorsi a lui allora per l'incarico che mi assegnò l'USSL di Brescia di Presidente della Commissione di Alcologia ed egli era allora Responsabile del Servizio di Alcologia nell'ospedale di Leno.

Giovanni è stato a Brescia l'iniziatore e promotore appassionato ed instancabile dello sviluppo dei Programmi Alcolologici territoriali, costruiti secondo i principi del modello "ecologico-sociale" proposto dal prof Hudolin, lo psichiatra che negli anni sessanta, ispirandosi alle comunità terapeutiche di Maxwell Jones ed ai club terapeutici sociali di Joshua Bierer, avviò il primo club in Croazia e poi in Italia a Trieste (Hudolin conosceva Basaglia e come lui aderiva al movimento della psichiatria sociale).

Secondo questo approccio, che si ispira ad una visione sistemica, i problemi legati al consumo di bevande alcoliche non vengono riferiti solo alla singola persona, ma a tutta la famiglia, e siccome essi sono molto, molto diffusi è necessario sviluppare adeguati programmi di promozione della salute e di trattamento nella Comunità. Giovanni Monesi da medico internista, come ancora oggi si fa, prescriveva "l'astensione assoluta dal consumo" ai pazienti con gravi conseguenze fisiche dovute ai loro consumi di bevande alcoliche, salvo poi vederli rientrare per l'aggravarsi della patologia non avendo seguito "il consiglio/prescrizione".

L'incontro con il prof. Hudolin e la sua proposta di trattamento dei problemi alcolcorrelati lo convinse e da allora la prescrizione divenne "frequentare un CAT (Club degli Alcolisti in Trattamento)".

La frequenza al Club consentiva un cambiamento dello "stile di vita" dei pazienti e delle loro famiglie, una crescita e maturazione che Giovanni poteva verificare essendo diventato anche "servitore insegnante", ovvero assumendo il compito di facilitare (catalizzare) questo processo di maturazione e cambiamento. Ma poiché il percorso di cambiamento è

complicato e non facile, la metodologia prevede un complesso sistema di formazione (potremmo definirlo Educazione Continua) rivolto ai servitori insegnanti, alle famiglie dei club e della comunità locale, con lo scopo di sensibilizzare ed aumentare le competenze (oggi le chiamiamo "life skills") sui problemi legati ai consumi di bevande alcoliche e sulla possibilità di superarli (trascenderli) attraverso il miglioramento delle relazioni (approccio sistemico).

In questo sistema complesso, Giovanni Monesi è stato un formatore molto apprezzato anche a livello nazionale; era membro del comitato scientifico della scuola di perfezionamento in Alcologia, costituita da un gruppo di professionisti che hanno affiancato per molti anni il prof. Hudolin e sviluppato le migliori competenze nel sistema formativo.

Ha fatto un grande lavoro Giovanni in questi anni perché sentiva vivi questi principi, e per questo non c'era per lui fatica, stanchezza, rinuncia agli impegni...c'era sempre una naturale generosità.

Giovanni non ha mai lasciato il mondo dei club e del loro sviluppo...innamorato di essi e innamorante; e quanto ha fatto, quanto ha dato, è stato vissuto nella carne ed il cuore di quanti ne hanno potuto vivere i benefici; moltissimi, in più di 30 anni.

Ma non basta dire questo... è importante sapere noi tutti cosa abbia significato questo lavoro, sul piano scientifico ed umano, che mai devono star separati, e come esso realizzasse in pieno le indicazioni dell'Ufficio Europeo di OMS, che già dal 1991 per gravità e diffusione dei problemi dell'alcol in Europa, indicava la necessità di un intervento di prevenzione e di promozione della salute a livello di Comunità.

I problemi alcolcorrelati, ben lo sappiamo, non riguardano solo i danni fisici ma anche le sofferenze personali, che hanno molte dimensioni; e riguardano anche i "valori spirituali", che son specifici dell'uomo. È il tema naturale prezioso che Hudolin consegna al lavoro dei club nel loro

processo di crescita e maturazione. Così nei programmi alcolologici, prevenzione, promozione della salute e trattamento hanno da essere tra loro del tutto collegati, un processo ben unitario nel quale l'intera comunità sia impegnata.

Ecco il senso profondo del lavoro di Giovanni risulta ancora più chiaro oggi dopo i tempi tanto difficili che ci han fatto vedere come il rischio sia di tutti e la protezione davvero efficace debba contare su un sapere centrato sulla comunità.

Ed il suo lavoro costituisce anche un esempio prezioso di cui tener conto per le trasformazioni che si dovranno realizzare per la sanità e la salute.

Ferdinando Brandi

Dottor Giovanni Lazzaroni

Chiamiamo Giovanni...

Siamo in due o tre intorno al malato e, come spesso accade, in medicina siamo perplessi e confusi. "È un addome acuto, ci vuole il chirurgo". "Ma...non ha segni certi di peritonismo". "Sentite chiamiamo Giovanni".

Giovanni arriva...con il suo passo leggero, sorride alla suora e agli infermieri.

"Eccomi ragazzi".

Sposta il lenzuolo, mentre saluta il malato: "Buongiorno sono Lazzaroni, non si preoccupi non le faccio male. Faccia un bel colpo di tosse".

Ci dà il suo parere e qualche consiglio, saluta il malato assicurandolo: "È in buone mani con i miei colleghi, faranno tutto ciò che serve e lei starà meglio".

Questo era, è, Giovanni. L'uomo mite, sempre disposto al dialogo. Gentile, dal latino gentilis di buona stirpe, con i malati, con tutti.

Questo era, è, Giovanni.

Medico per convinzione e tradizione familiare. Amava il suo lavoro di ospedaliero, nel "suo" ospedale, il Civile. Ma amava anche l'ambulatorio di Contrada del Cavalletto, che era stato di suo nonno e poi di suo padre.

Uomo mite, ma di grande cultura medica e non solo. Il dottor Lazzaroni - specialista in medicina interna, cardiologia e endocrinologia - non era solo il buon Giovanni, era un grande semiologo, vero maestro per più generazioni di medici. Ma la sua vera passione era il malato. Si accostava al letto con rispetto, quasi con pudore.

E senza esagerazioni, noi che abbiamo avuto la fortuna di frequentarlo per

decenni, riconoscevamo in lui un vero tratto di amore, testimonianza laica della sua fede.

Giovanni aveva certamente dei difetti, ma noi non sapremmo indicarne alcuno.

Sarà stata forse quella sua capacità di farti sentire, senza parole, la sua amicizia che lo rendeva unico.

Giovanni se ne è andato circondato dall'amore dei suoi cari e a noi resta per sempre quel "chiamiamo Giovanni" che un è un pezzo delle nostre vite.

Ottavio Di Stefano

Dottor Federico Pe

Il sorriso del Dottor Federico Pe...

L'11 settembre gioca spesso brutti scherzi. In quello del 2021 il dottor e paziente Federico Pe ha completato il suo viaggio terreno all'età di 48 anni.

Nel primo, felice, ruolo – quello di medico - era entrato nel 2000 dopo la laurea in medicina, conseguita presso l'Università degli Studi di Brescia, cui è seguita – presso la stessa Università - la specializzazione in anestesia e rianimazione. A ispirare la sua scelta di svolgere questo mestiere fu, in primis, mamma Aurelia, infermiera all'ospedale di Darfo (poi soppresso), in Valcamonica, dove Federico è cresciuto. La mamma trasmise a Federico la bellezza della cura... del prendersi cura di chi ha bisogno: che sia un figlio o che sia un paziente. Il manifesto della cura di Federico era alimentato dallo studio, dal rigore, dalla conoscenza e dalle riconosciute competenze e professionalità, ma era anche illuminato dalla compassione e dalla potenza del suo sorriso che regalava ai pazienti, dalla delicatezza verso i parenti che dovevano incassare una brutta notizia e dalla gratuità con cui affrontava le esperienze di solidarietà in Africa, con l'Associazione "Ospedali in Burkina" prima e con "Noha" poi. Quel ruolo ogni tanto gli stava anche stretto, quando premeva nel costringerlo ad una vita molto faticosa, poco leggera e carica di responsabilità e sacrifici.

Nella seconda e difficile veste – quella del paziente – si trovò improvvisamente sommerso nel maggio 2020, al termine di un lungo periodo di lavoro e isolamento quale quello che fu, soprattutto per

un rianimatore, il primo *lockdown* dovuto alla pandemia da Covid-19: Astrocitoma anaplastico. Questa è stata la diagnosi che il paziente Federico ha accolto, inizialmente con sgomento, poi con determinazione e speranza. La speranza è sempre stata sua alleata, ma non una speranza di pura illusione, bensì accompagnata e contrastata dalla consapevolezza. Forse l'ultima parola comprensibile pronunciata, e da noi compresa prima che la malattia si prendesse interamente la capacità di comunicare, è stata proprio "speriamo!". Forse in dialetto bresciano "speròm", come amava fare ogni tanto: espressione della sua attitudine ad un modo di vivere semplice, senza orpelli e inutili atteggiamenti vanitosi o autocelebrativi. Cosa succede quando un medico si ammala? Quel che succede ad ogni uomo. Il medico si spoglia, docilmente ed umilmente, di ogni certezza, competenza, conoscenza e titolo, e si affida ad altri medici e all'affetto dei propri cari. Esattamente come ogni uomo fa. Federico si è affidato con fiducia incondizionata ai colleghi di una vita degli Spedali Civili di Brescia e a quelli, incontrati solo da paziente, dell'Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano. Ad ognuno di loro, oggi, noi diciamo il nostro grazie per quanto fatto.

E cosa succede ad un medico quando muore? In taluni casi ricevono l'intitolazione di una sala in ospedale, talvolta, nei Paesi, il nome di una via o di un ambulatorio. A volte si istituiscono borse di studio in loro nome. Nella maggior parte dei casi questo non avviene, ma un medico, più di altri, continua a vivere nelle vite delle persone curate e spesso salvate. Nelle due giornate di camera ardente presso il suo ospedale, Federico è stato visitato da colleghi medici, infermieri, operatori sanitari in diversi ruoli, colleghi degli uffici amministrativi e perfino pazienti tornati a dire grazie al Dottor Pe. Grazie per le cure prestate e grazie per quel sorriso, visibile anche dietro la mascherina chirurgica, che rassicurava e sollevava. Questo è forse

il raccolto più fecondo della vita di un medico ed è l'eredità più grande che il Dottor Pe lascia ai colleghi: lavorare con il sorriso. Sempre. Il suo resterà per molti indimenticabile.

Federico ci manca e ci mancherà. Per quei suoi famosi sorrisi, per l'ironia e la voglia di scherzare, per la bellezza e l'armonia della sua figura e della sua personalità che sapevano rendere le giornate, anche quelle lavorative più pesanti, meritevoli di essere gustate.

Ancor di più ci mancheranno la leggerezza, la semplicità e la linearità di ragionamento che nascondevano (solo a chi lo conosceva poco) la potenza e la profondità del suo pensiero.

I cari di Federico Pe

Dottor Roberto Pagliaini

Roberto Pagliaini era giunto a Brescia nel 1975, chiamato dal Prof. Maurizio Bestagno a collaborare con lui nel Servizio di Medicina Nucleare, che proprio Bestagno dirigeva dall'anno della sua apertura (1968), uno dei primi in Italia; entrambi provenivano dalla Clinica Medica di Genova. Il servizio di Medicina Nucleare aveva anche una sezione di degenza, denominata Degenze Protette, nella quale venivano (e vengono tutt'ora) ricoverati i pazienti sottoposti a trattamenti con isotopi radioattivi e che necessitano di un particolare isolamento. Il Dr. Pagliaini divenne presto responsabile di questa sezione, responsabilità che mantenne sino al pensionamento nel 2003. La patologia tiroidea è stata al centro della sua attività professionale ed è diventato presto punto di riferimento per tanti colleghi, che gli inviavano i pazienti per avere un parere autorevole e definitivo. Pur nell'austerità del suo atteggiamento riusciva ad instaurare un rapporto di autentica fiducia con le persone che si rivolgevano a lui e molte di queste hanno mostrato negli anni atteggiamenti di profonda gratitudine e attaccamento ad un uomo, che per loro diventava ben presto non solo un medico, ma anche un amico e un confidente. Era un uomo che sapeva fare il medico, che sapeva unire la conoscenza acquisita negli anni di studio e l'esperienza nell'attività della sua professione, con una grande capacità di entrare in sintonia con la persona malata che aveva di fronte, che è poi quello che tutti i medici dovrebbero saper fare (ma non sempre riescono...).

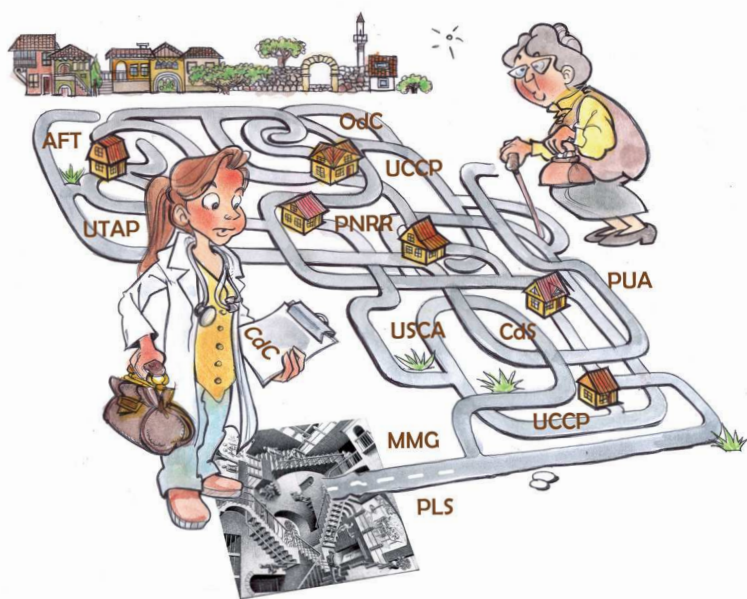
*Alberto Arrighini (collega e amico)
e Gabriella Basagni (collega e moglie)*

**L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Brescia**

ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

*Dott. Filippo Adami
Prof. Giovanni Baroncelli
Dott. Giovanni Battista Belotti
Prof. Maurizio Bestagno
Dott. Paolo Brunelli
Dott. Giuseppe Cardone
Dott. Isidoro Corazzina
Dott. Valter Luigi Cotti Cometti
Dott. Gino Danesi
Dott. Giuseppe Ferrari
Dott. Giovanni Lazzaroni
Dott. Ferruccio Leo
Dott. Azelio Martina
Dott. Vito Minissale
Dott. Giovanni Monesi
Dott. Giulio Navoni
Dott. Roberto Pagliaini
Dott. Federico Pe*

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.



Cure primarie: un territorio da esplorare

Le cure primarie hanno come proprio teatro d'azione il territorio, che è poi famiglia, comunità civile e politica, ambiente fisico e socioculturale di vita delle persone. Un territorio dove si giocano più partite, dalla promozione della salute, alla prevenzione e tutela delle persone e dell'ambiente, alla presa in carico degli individui e dei loro bisogni sanitari e sociali.

Ma le cure primarie sono a loro volta un territorio nel territorio, tra nuovi progetti di riforma e processi di riorganizzazione mai del tutto portati a compimento, con esempi virtuosi e altri di abbandono e, sullo sfondo, la crisi d'identità e ruolo della figura del medico di medicina generale.

Il rapporto tra medico e paziente diventa allora il racconto di un viaggio, della ricerca di un nuovo incontro su questo territorio, labirinto ancora in larga parte inesplorato e

popolato di scatole e scatolette vecchie e nuove, dai distretti e consultori alle UTAP e poi Case della Salute e poi della Comunità, dalle AFT e UCCP alle USCA e agli Ospedali di Comunità, case e casette che prenderanno vita e senso nella misura in cui sapranno a loro volta popolarsi dei servizi alle persone e delle figure e professioni che li assicureranno.

Con un'ultima domanda: se è vero che a problemi complessi è illusione pensare di poter offrire soluzioni semplici e che la fatica e frustrazione del labirinto altro non sono che la metafora di un mondo che cambia ed evolve in esigenze e prospettive e al quale le cure primarie si devono plasticamente adattare, pensarsi davvero e infine come "sistema", adoperarsi tutti per giungere ad una piena condivisione e coerenza tra visione, obiettivi, strumenti e azioni attuative da parte dei principali attori in scena, non dovrebbe essere LA STRADA?

P.S.: con un piccolo omaggio a Escher, maestro ineguagliabile e alla sua "Relatività" ...

dicembre 2021

Raffaele Spiazzi

Più siamo,
prima vinciamo.

Campagna Vaccinazione anti Covid-19

*Buone
Feste*



seguici online
ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT



Per suggerimenti, commenti e lettere:
bresciamedica@ordinemedici.brescia.it